



УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“- ШТИП

ПРАВЕН ФАКУЛТЕТ

Штип

Данче Стефановска

**ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ И ПРАВО НА ПАРИЧНИ НАДОМЕСТОЦИ НА
ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА ВО Р. МАКЕДОНИЈА**

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

Штип, декември 2014

Комисија за оценка и одбрана

Ментор: Доц. Д-р Андон Мајхошев, член

Претседател: Доц. Д-р Јадранка Денкова, член

Член: Доц. Д-р Борка Тушевска

Датум на одбрана: 24.12.2014 година

Датум на промоција:

Право на здравствени услуги и право на парични надоместоци на осигурените лица во Р.Македонија

Краток извадок:

Како дел од основната програма на задолжителното здравствено осигурување се застапени: примарна здравствена заштита, превентивна здравствена заштита, итна медицинска грижа, специјализирана медицинска нега итн.

Управувањето со парите на системот за здравствено осигурување се извршува според Фондот за задолжително здравствено осигурување.

Под човеково право на здравствени услуги се подразбира дека секој има право на највисок стандард на физичко и ментално здравје, којшто опфаќа достапност до сите медицински услуги, како и достапност до соодветна храна, пристојно домување, здрави работни услови и чиста животна средина.

Човековото право на здравствена заштита значи дека болниците, клиниките, лековите и услугите на лекарите мора да бидат достапни и на располагање, да се прифатливи и со добар квалитет, да бидат на рамноправна основа, каде што е потребно и кога и да е потребно.

Парични надоместоци се парите кои што една компанија или владина агенција ги обезбедува на вработените за посебна намена, како што се транспорт, здравствени трошоци или надоместок на вработените којшто е дистрибуиран со редовни плати.

Клучни зборови:

Фонд за здравствено осигурување, права на осигурени лица, здравствени услуги, парични надоместоци, Закон за здравствено осигурување.

***" The right to health care and the right to cash benefits to insured persons in
Macedonia "***

Abstract :

As part of the basic program of compulsory health insurance are primary health care, including preventive care, emergency medical care, specialised medical care.

The management of the money of the health insurance system is done through the Compulsory Medical Insurance Fund.

The human right to health means that everyone has the right to the highest attainable standard of physical and mental health, which includes access to all medical services, sanitation, adequate food, decent housing, healthy working conditions, and a clean environment.

The human right to health care means that hospitals, clinics, medicines, and doctors' services must be accessible, available, acceptable, and of good quality for everyone, on an equitable basis, where and when needed.

Benefit allowance is money that a company or government agency provides to an employee for a specific purpose, such as transportation, healthcare costs or a flexible spending account. Benefit allowances administered to employees can be distributed through regular payroll.

Key words:

Fund for health insurance, rights of the insured, health care, cash benefits, Law on Health Insurance.

СОДРЖИНА:

Краток извадок:	4
Abstract :	5
Содржина на трудот:	9
I ДЕЛ:	11
Вовед - Оправданост на темата	11
1.1 Предмет на истражување	14
1.2 Временско одредување на предметот на истражување	14
1.3 Просторно одредување на предметот на истражување	15
1.4 План за работа	15
1.5 Хипотеза	16
I. Посебна хипотеза	16
II. Посебна хипотеза	16
1.5 Методи, техники и инструменти на истражувањето	16
II ДЕЛ:	18
Правна рамка за остварување право на здравствени услуги и парични надоместоци на осигурени лица во Р. Македонија	18
1. Историски развој на Фондот за здравство на Република Македонија	19
2. Осигурени лица	21
3. Опис на постапка за остварување право на задолжително здравствено осигурување	24
4. Права на осигуреното лице	26
5. Закон за здравствено осигурување	27
III ДЕЛ:	30
Право на здравствени услуги за осигурени лица во Р.Македонија	30
1. Права на услуги од примарна здравствена заштита	33
1.1 Избор на лекар	35
1.2 Домашно лекување	38
1.3 Итна медицинска помош	38
1.4 Патронажна посета	39
1.5 Превоз со санитетско возило	39
1.6 Право на користење лекови	40
2. Право на услуга во специјалистичко - консултативна здравствена заштита	41

2.1	Начин на користење специјалистичко-консултативна заштита од страна на осигуреното лице	43
3.	Право на биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО).....	43
4.	Права на услуги во болничка (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита	43
5.	Право на медицинска рехабилитација	46
6.	Остварување право за протези и други ортопедски помагала.....	47
7.	Право на услуги од видот обдукција на умрени по барање на здравствените установи	48
8.	Право на лекување во странство и остварување дијализа во странство	48
IV	ДЕЛ:	50
	Право на парични надоместоци на осигурените лица во Р. Македонија.....	50
1.	Право на надоместок на плата	52
1.1	Право на надоместок на плата за привремена спреченост за работа поради болест и повреда	52
1.1.1	Документи коишто треба да ги поднесат осигурениците за да го остварат правото на надоместок на плата во време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда ⁵³	
1.2	Право на надоместок на плата во време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство	54
1.2.1	Документи коишто треба да ги поднесат осигурениците за да го остварат правото на надоместок на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство (породилно отсуство).....	55
1.2.2	Враќање на работничката на работа којашто користи породилно отсуство пред истекување на породилното отсуство	56
1.2.3	Случаи кога се продолжува породилното отсуството	56
1.2.4	Користење породилно отсуство од страна на таткото.....	57
1.3	Услови кои треба да ги остварат осигурениците во работен однос за да можат да го остварат правото на надоместок на плата	57
1.4	Основа за утврдување надоместок на плата.....	58
1.5	Исплата на надоместок на плата.....	59
1.6	Висина на надоместок на плата.....	60
1.7	Оцена за спреченост за работа	61
1.8	Запирање на надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа ..	62
2	Право на надоместок на патни трошоци	62
V	ДЕЛ:	64

Анализи, заклучоци и препораки за остварување право на здравствени услуги и право на парични надоместоци на осигурените лица во Република Македонија.....	64
1. Компаративна анализа на 2012 и 2013 година во поглед на правата на осигурените лица во Република Македонија	65
2. Учество на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги	76
3. Колку се заштитени правата на здравствените услуги на осигурените лица?	81
4. Анализа на состојбата на осигурените лица во Р. Македонија при остварување право на здравствени услуги.....	82
8.1 Предлози за унапредување на здравствените услуги и остварување нивно право	85
8.2 Подобрување на можноста за остварување право на основниот пакет здравствени услуги	86
5. Обрасци за осигурени лица потребни за остварување право на здравствени услуги и право на парични надоместоци (најчесто користени)	88
6. Заклучоци.....	95
Анкетен прашалник за пациенти/осигуреници:	96
Резултати од истражувањето:	99
Листа на табели:.....	110
Листа на графикони:.....	111
Список со потребни документи:	112
Користена литература:.....	113
Право на здравствени услуги и право на парични надоместоци на осигурените лица во Р.Македонија - Данче Стефановска.....	121

Содржина на трудот:

Содржински, магистерскиот труд е структуриран од пет дела и од користена литература. Тој содржи делови од закони, подзаконски акти, табеларни и графички прикази на податоци од Фондот за здравствено осигурување на Македонија, како и список со потребни документи за остварување права на здравствени услуги и права на парични надоместоци на осигурени лица во Република Македонија.

ПРВИОТ ДЕЛ се однесува на воведно претставување на трудот, односно оправданоста на тематиката на насловот на споменатиот. Првиот дел содржи предмет на истражување за темата на магистерскиот труд, временско определување на предметот на истражување и просторно определување на предметот на истражување.

ВТОРИОТ ДЕЛ се однесува на правната рамка за остварување права на здравствени услуги и парични надоместоци на осигурените лица во Р. Македонија и тој ги содржи деловите од Законот за здравствено осигурување и подзаконските акти кои се клучни за оправданоста за темата на магистерскиот труд.

ТРЕТИОТ ДЕЛ ги опфаќа правата на основните здравствени услуги на осигурените лица во Република Македонија и ги распределува во четири основни групи, односно: права од примарна здравствена заштита, права на услуги во специјалистичко - консултативна здравствена заштита, права на услуги во болничка (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита и право на услуги од видот обдукција на умрени по барање на здравствени установи.

ЧЕТВРТИОТ ДЕЛ ги дефинира правата на парични надоместоци на осигурените лица во Република Македонија според членовите од Законот за здравствено осигурување. Освен тоа ги дефинира и разграничува правото на надоместок на плата и правото на надоместок за патни трошоци.

ПЕТИОТ ДЕЛ се однесува на направената анализа во поглед на остварените права на здравствени услуги и правата на парични надоместоци во Република Македонија, на предлози за подобрување на здравствениот и на правниот систем во рамките на здравството, на потребна документација за остварување право на

здравствени услуги и парични надоместоци и на крајот од магистерскиот труд се наведени заклучоци.

Во заклучните согледувања се систематизирани сознанијата коишто произлегуваат од анализата на дадената тема. Тие претставуваат една заокружена целина на сегашната состојба во Македонија, во поглед на правата на здравствени услуги и во поглед на правата на парични надоместоци на осигурените лица.

I ДЕЛ:

Вовед - Оправданост на темата

Права на задолжително здравствено осигурување може да ги оствари лице на коешто му е утврдено својство на осигуреник, односно осигурено лице.

Својство на осигуреник и осигурено лице се утврдува по основа на пријава за здравствено осигурување (образец ЗО-1) што ја поднесува обврзникот за пресметка и уплата на придонесот за задолжително здравствено осигурување, односно лицето коешто бара утврдување- својство на осигуреник, односно осигурено лице.

Пријава за здравствено осигурување се поднесува до Подрачната служба на Фондот во рок од осум дена од денот на засновање на работниот однос, односно од денот на стекнување својство на осигурено лице, по чијашто основа лицето е должно да поднесе пријава за задолжително здравствено осигурување.

По престанувањето на основот за задолжително здравствено осигурување, обврзникот е должен да поднесе одјава од осигурувањето за пресметка и уплата на придонесот во рок од осум дена. .

Фондот за здравствено осигурување на Македонија е основан со Законот за здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“- број 25/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 16/2013, 91/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 97/2014, 112/2014 и 113/2014), заради спроведување на задолжително здравствено осигурување, како институција која врши дејност од јавен интерес и јавни овластувања утврдени со закон.

Фондот за здравствено осигурување на Македонија е правно лице со јавни овластувања. Јавните служби се резултат на поделбата на трудот во едно општество и тие служат за задоволување на некои заеднички потреби на членовите на една општествена заедница.¹

¹Беловски В. (2010). Правен факултет, Универзитет „Гоце Делчев“ Штип; Административно право – применета програма (Авторизирани предавања), Глава 4 и 5 стр.107-110

Како осигуреник на Фондот за здравствено осигурување - секое осигурено лице има свои права, кои со закон му се дозволени и права кои може да ги користи. Како основни права кои ги има секое осигурено лице се: правото на здравствени услуги и правото на парични надоместоци за осигурени лица кои биле спречени да ја извршуваат својата работна обврска.

Темата на магистерскиот труд е актуелна, бидејќи ги разработува темите за правата на здравствени услуги и за правата на парични надоместоци на осигурените лица во Република Македонија.

Здравствената заштита опфаќа снабдување со лекови и помагала и нивно доставување до пациентите врз основа на лекарски рецепт. Здравствената заштита подразбира услуги што им се дадени на индивидуи или на групи индивидуи од страна на претставниците на здравствената служба, или подразбира професија, заради унапредување, одржување, следење или воспоставување здравје. Терминот здравствена заштита е поширок од терминот медицинска заштита, којшто подразбира терапевтска активност од страна на лекарот или активност изведена под негова контрола. Терминот понекогаш се проширува и се однесува и на самозаштитата. Секој систем здравствена заштита е организиран од три нивоа здравствена заштита: примарна, секундарна и терцијарна.

Правата на здравствените услуги кои ги имаат осигурените лица во Р. Македонија се распределени во неколку категории: права на услуги од примарна здравствена заштита, права на услуги во специјалистичко - консултативна здравствена заштита, права на услуги во болничка (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита и обдукција на умрени по барање на здравствените установи.

Сите овие права ќе бидат разработени и објаснети, како и поткрепени со делови од Законот за здравствено осигурување.

Покрај правото на здравствени услуги, осигурените лица во Р. Македонија имаат и право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда, како и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и

мајчинство, под услов ако се работи за осигурено лице кое има засновано постојан работен однос - лице во работен однос.

1.1 Предмет на истражување

Главен предмет на истражување е утврдувањето право на здравствени услуги од основниот пакет, право кое го имаат сите лица во Република Македонија со Законот за здравственото осигурување. Сите граѓани во Република Македонија коишто се опфатени во системот на задолжително здравствено осигурување имаат основни права за добивање здравствени услуги, а покрај тоа имаат и право на парични надоместоци. Предмет на истражување ќе бидат овие права коишто граѓаните задолжително треба да ги користат, секако доколку ги исполнуваат условите кои ги воведува Законот за здравствено осигурување за оваа категорија граѓани.

Истражувањето ќе се одвива со анализа и со систематизација на Законите и на подзаконските акти кои произлегуваат од основниот Закон за здравствено осигурување, како и од Законот за работни односи во тој поглед.

За да добиеме конкретна слика за тоа како се применува овој Закон, како и за тоа колку се почитуваат правата на нашите граѓани, ќе направиме анализа на здравствените услуги коишто се користени во периодот од 2012 година. Потоа, согласно последните промени за референтните цени на лековите од основниот пакет здравствени услуги, ќе видиме колкаво е учеството на осигурените лица во вкупниот износ на лековите, т.е. ќе ги видиме услугите коишто се добиваат со основниот пакет здравствени услуги.

1.2 Временско одредување на предметот на истражување

Истражувањето се однесува на законите и подзаконските акти со коишто се регулира задолжителното здравствено осигурување. Акцент се дава на Законот за здравствено осигурување, подзаконските акти кои произлегуваат од него,

правилниците, одлуките донесени во врска со правото на здравствени услуги и правото на парични надоместоци на осигурените лица во Република Македонија, на Законот за здравствена заштита, на Законот за работни односи и на други закони поврзани со дадената тема. Сите овие анализи и истражувања се однесуваат на одреден временски период, т.е. направената анализа се однесува на годините 2012 и 2013 - земени како пример за меѓусебна компарација.

1.3 Просторно одредување на предметот на истражување

Истражувањето се однесува на осигурените лица во Република Македонија со посебен осврт на правото на здравствени услуги од основниот пакет услуги, како и на правото на парични надоместоци кои ги добиваат осигурените лица при повреда на работа или отсуство од работа поради породилно боледување или мајчинство. Истражувањето се спроведува на ниво на Република Македонија и во него ќе бидат опфатени сите делови од нашата земја, распределени по региони за дадените здравствени услуги и за остварените парични надоместоци.

1.4 План за работа

При изработка на магистерскиот труд ќе ставам акцент на анализа и разработка на конкретниот наслов на трудот, со цел да дадам што поблизок одговор на темата. Поврзаните тематика за право на здравствени услуги и право на парични надоместоци ќе ги разработам преку детален осврт на Законот за здравствено осигурување и на неговите подзаконски акти.

При изработка на трудот се послужив со следните технички средства:

- компјутер;
- печатач;
- преносна меморија (USB);
- фотокопир;

- телефон;

Со оглед на тоа дека сум вработена, а имам и останати обврски, трудот го изработував интензивно во попладневните, односно вечерните часови, а за неговата изработка ми беа потребни следните материјални средства:

- 6 000 денари за телекомуникациски и интернет услуги и патни трошоци;
- 2 500 денари за набавка на хартија за печатење за изготвување на трудот;

1.5 Хипотеза

Општа хипотеза за овој труд е правото на здравствени услуги и правото на парични надоместоци на осигурените лица во Република Македонија.

I. Посебна хипотеза

Учество на осигурените лица со сопствени средства во вкупните трошоци на здравствените услуги.

II. Посебна хипотеза

Надоместок на плата којшто го добиваат осигурените лица, при отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство, привремена спреченост од работа поради болест и сл.

1.5 Методи, техники и инструменти на истражувањето

За изработка на магистерскиот труд се користени следните методи и техники на работа:

- дескриптивен метод;
- аналитички метод;
- синтетички метод;
- компаративен метод.

Покрај тоа, користени се и инструментите, техниките на собирање податоци, поточно - анкетата и интервјуто.

- Дескриптивниот метод е користен при описот на начинот и на условите за остварување право за надоместок на средствата за купените лекови од Листата на лекови, при начинот за остварување права на здравствените услуги од основниот пакет, при објаснувањето права на парични надоместоци како и при остварувањето на останатите права од здравственото осигурување.

- Со помош на аналитичкиот, односно синтетичкиот метод се извршени анализа и синтеза на правата на здравствено осигурување. Нивната примена е во голема застапеност при изработка на магистерскиот труд.

- Компаративниот метод е применет за споредба на неколку години кои беа земени како пример, за бројот на осигуреници кои имаат искористено здравствени услуги според Фондот за здравствено осигурување, потоа за компарација при движењето на референтните цени на лековите кои одат на позитивната листа на лекови од Фондот за здравство и сл..

II ДЕЛ:

Правна рамка за остварување право на здравствени услуги и парични надоместоци на осигурените лица во Р. Македонија

1. Историски развој на Фондот за здравство на Република Македонија

Република Македонија, веднаш по независноста воспостави осигурителен здравствен систем, каде што Владата и Министерството за здравство се задолжени за донесување законска регулатива при вршење активности во рамките на здравствениот систем, додека здравствениот осигурителен фонд е одговорен за собирање на придонесите, распределување на средствата, склучување договори со давачите на услуги, односно со болниците и со здравствените установи.

Фондот за здравствено осигурување, како единствена осигурителна организација во која се спроведува задолжително здравствено осигурување, со карактеристики на заемност и солидарност за цела територија на Република Македонија, започна со работа со одлуките на Собранието и Владата на Република Македонија од 17 октомври 2000 година (Службен весник на РМ, бр.84/2000). Во Фондот за здравствено осигурување се обезбедуваат средства за основна здравствена заштита. Потребите од здравствените организации и финансирањето на дејноста на здравствените организации е врз основа на цени за здравствените услуги, односно врз основа на програми и договори за спроведување здравствена заштита на осигурениците. До тогаш, Фондот за здравствено осигурување не можеше да функционира целосно самостојно и затоа се јави потреба од дополнително разгледување на одлуките на Владата и одлуките се изменија за кратко време, односно се надополнија. Владата на Република Македонија, на 8 ноември 2000 година, донесе одлука со којашто именуваше вршител на должност - директор на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија (Службен весник на РМ, бр. 92/2000). Согласно тоа, здравствениот систем во РМ се заснова на задолжително и доброволно здравствено осигурување.²

Со овие одлуки на Собранието и на Владата на Република Македонија се исполнети условите за започнување со работа на Фондот за здравствено осигурување

²Мајхошев А, Беловски В. (2012), Трудово право (Авторизирани предавања), Универзитет „Гоце Делчев“ Штип, Штип 65-75

на Република Македонија - како самостојна институција за спроведување на задолжителното здравствено осигурување.³

Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија (ФЗОМ), е македонска институција која врши функција на единствена осигурителна организација, во којашто се спроведува задолжително здравствено осигурување со принцип на заемност и солидарност за целата територија на Република Македонија.

Фондот ги има следните надлежности:

- ги спроведува прописите и политиката на развој и унапредувањето на здравствената заштита во врска со задолжителното здравствено осигурување;
- планира и прибира средства од задолжителното здравствено осигурување;
- обезбедува остварување на права од задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица, се грижи за законското остварување на нивните права и им обезбедува стручна помош за остварување на нивните права и интереси;
- ги плаќа здравствените услуги на здравствените установи за осигурените лица кои ги обезбедуваат здравствените услуги;
- ги плаќа надоместоците на плати и други парични надоместоци;
- ги утврдува цените на здравствените услуги од задолжителното здравствено осигурување, на кои министерот за здравство дава согласност;
- ги утврдува референтните цени за лековите, медицинските помагала, опремата, протезите, ортопедските и останатите помагала и потрошните материјали коишто се користат во здравствената заштита на осигурените лица, кои се надоместуваат од страна на Фондот, на коишто министерот за здравство дава согласност;

³Фонд за здравствено осигурување на Македонија (2012). Преземено на 25 јули 2014г. <http://www.fzo.org.mk>

- договара обезбедување здравствени услуги на осигурените лица со здравствените установи, според нормативи и стандарди, базирани на усвоена медицинска доктрина, со цел ефикасна и рационална здравствена заштита;
- развива сопствен информативен систем со потребни податоци за задолжителното здравствено осигурување;
- ги спроведува меѓународните договори во делот на задолжителното здравствено осигурување;
- врши увид и контрола на договорениот обем и увид на обезбедените здравствени услуги на осигурените лица во здравствените установи;
- презема мерки за ефикасно, ефективно и економично користење на средствата од задолжителното здравствено осигурување;
- одлучува за правата од задолжителното здравствено осигурување во прв степен;
- врши и други работи во врска со правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување.⁴

2. Осигурени лица

Член 4:

Осигурени лица, во смисла на овој закон, се осигурениците и членовите на нивното семејство.

Член 5:

Со овој закон задолжително се осигуруваат:

- работник во работен однос кај правно лице, самовработено лице, установа, друго;

⁴<http://mk.wikipedia.org/>- преземено на 25 јули 2014 г.

- правно лице кое врши дејност на јавна служба, државен орган и орган на единиците на локалната самоуправа и на градот Скопје;
- извршен член на одбор на директори во трговско друштво, член на управен одбор во трговско друштво, односно управител во трговско друштво, доколку не е осигурен по ниту една друга основа;
- лице кое остварува приходи од извршување физичка и /или интелектуална работа, врз основа за договор на дело и/или авторски договор или друг договор со кој е определен надоместок за извршената работа кој во нето износот е повисок од износот на минималната плата утврдена со закон,
- државјанин на Република Македонија кој на територијата на Република Македонија е вработен кај странски и меѓународни органи, организации и установи, кај странски дипломатски и конзуларни претставништва, во лична служба на странски дипломатски и конзуларни претставништва или е во лична служба на странци (доколку со меѓународен договор поинаку не е определен), самовработено лице;
- носител на семејно земјоделско стопанство од втора и трета категорија, согласно Законот за земјоделство и рурален развој;
- верско службено лице;
- привремено невработено лице додека прима паричен надоместок од осигурување во случај на невработеност ;
- државјанин на Република Македонија вработен во странство, ако за тоа време не е задолжително осигуран кај странски носител на осигурување според законот на земјата во која е вработен, или според меѓународна спогодба, а имал живеалиште на територијата на Република Македонија непосредно пред засновањето на работниот однос во странство – за членовите на семејството кои живеат во Република Македонија;
- корисник на пензија и надоместок на плата според прописите на пензиското иинвалидското осигурување;

- државјанин на Република Македонија кој прима пензија или инвалидска пензија од странски носител на осигурување додека престојува на територија на Република Македонија;
- лице корисник на постојана парична помош; лице со статус признаен бегалец; лице под супсидијарна заштита; лице сместено во згрижувачко семејство; лице сместено во установа за социјална заштита (за институционална и вонинституционална заштита); корисник на паричен надоместок за помош и нега од друго лице; лице кое до 18 годишна возраст имало статус на дете без родители и без родителска грижа, најмногу до 26 години, а користи социјална парична помош; лице - жртва на семејно насилство за кое се презема мерка за заштита согласно законот за семејство и лице опфатено со организирано самостојно живеење со поддршка, ако не може да се осигура по друга основа;
- странец кој на територијата на Република Македонија е во работен однос или во служба на странски физички и правни лица, меѓународни организации и установи или странски дипломатски и конзуларни претставништва, доколку не е одредено поинаку со меѓународен договор;
- странец кој се наоѓа на школување или на стручно усовршување во Републиката, доколку не е одредено поинаку со меѓународен договор;
- лице на издржување казна затвор, лице кое се наоѓа во притвор (ако не е осигурено по друга основа) и малолетно лице кое се наоѓа на извршување воспитна мерка - упатување во воспитно-поправен дом, односно установа;
- учесник во НОВ и учесник во Народноослободителното движење во Егејскиот дел на Македонија, воен инвалид и членовите на семејствата на паднатите борци и умрените учесници во НОВ, како и цивилните инвалиди од Втората светска војна, лицата прогонувани и затворани за идеите на самобитноста на Македонија и на нејзината државност, на кои тоа својство им е утврдено со посебни прописи и членовите на семејството и родителите на лицата - граѓани на Република Македонија, загинати во војните при распадот на СФРЈ и
- државјанин на Република Македонија кој не е задолжително осигуран по една од точките од 1 до 14 на овој член.

Граѓаните кои не се опфатени со задолжително здравствено осигурување според став 1 на овој член, можат да пристапат кон задолжително здравствено осигурување заради користење право на здравствени услуги од член 9 на овој Закон.⁵

3. Опис на постапката за остварување права од задолжителното здравствено осигурување

Осигурените лица врз основа на уредно доставено барање, комплетирано со соодветна документација може да ги остварат своите права од задолжителното здравствено осигурување.

Член 5:

Подносителот на пријавата е должен кон пријавата да приложи соодветни докази со кои се докажува законската основа за осигурување, покрај оние докази (факти) со коишто располага Фондот по службена должност.

По обработка на податоците од копија на лична карта од став 2 и став 3 на овој член, копијата од личната карта се поништува комисиски во рок од 30 дена од денот на приемот, согласно прописите за заштита на лични податоци.⁶

Постапката за остварување право на задолжително здравствено осигурување започнува со поднесување барање до Фондот, во согласност со член 31, став 3 од Законот за здравствено осигурување.

⁵Закон за здравствено осигурување (Службен весник на РМ, бр. 25/2000,34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007,82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012),16/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 112/2014 и 113/2014 година.)

⁶Правилник за содржината и за начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување,(„Службен весник на Република Македонија“) бр.115/07,132/07,59/08,149/08,164/08,22/09,73/09,74/09,116/09,139/09,130/09,9/10,13/10,44/10,81/10,105/10, 154/10,171/10,105/11,115/11,144/11,181/11,5/12,24/12,54/12,138/12,164/12,57/13,64/13,88/13,119/13,145/13, 17,2/13, 34/14, 120/14, 138/14,141/14).

Поднесеното барање се доставува во пишана форма на два идентични обрасци, со потребната документација и тоа еден примерок за Фондот и еден за поднесувачот на барањето. Доколку барањето се доставува во електронска форма, се поднесува според интернет страницата на Фондот.⁷

Ставот 6 се менува и гласи:

Директорот на Фондот е должен во рок од пет работни дена од денот на поднесување на барањето во писмена форма, од став 3 на овој член до писарницата на Фондот, односно од денот на поднесувањет на барањето во електронска форма според интернет страницата на Фондот да донесе решение, со кое барањето за остварување право на задолжително здравствено осигурување е уважено или одбиено.⁸

Доколку осигуреното лице не е задоволно од донесеното решение на првостепениот орган, има право да поднесе жалба против, во рок од 15 дена од приемот, до министерот за здравство на Република Македонија. Доколку и решението доставено од второстепениот орган, односно од министерот за здравство не ја смени конечната одлука, сеуште уште може да се води управен спор пред Управниот суд на Република Македонија, со цел да се смени конечното решение за поднесеното барање.

Доколку се случи, подрачната служба на Фондот да не го донесе решението за остварување право од задолжително здравствено осигурување, односно не донесе и решение за одбивање на барањето во законски предвидениот рок, поднесувачот има право да поднесе барање за донесување на решението, од архивата на Фондот до директорот на Фондот. Тоа може да го стори во рок од три работни дена од истекот на законскиот рок за донесување на решението.

Барањето се поднесува на пропишан образец на барање - БД (барање за донесување решение по поднесено барање за остварување право на задолжително

⁷Указ за прогласување на Законот т.е. изменување и дополнување на Законот за здравствено осигурување, Службен весник на РМ, бр. 44 од 05.03.2014 година, Член 4.

⁸Указ за прогласување на законот за изменување и за дополнување на Законот за здравствено осигурување, Службен весник на РМ, бр. 44 од 05.03.2014 година, Член 4, Став 6.

здравствено осигурување). Притоа, решението е потребно да се донесе во рок од 5 дена.

Сите обрасци на барања за остварување на правата од здравствено осигурување - потребни за поднесување, достапни се на шалтерите во подрачните служби и на интернет страницата на Фондот, од каде што можат да се преземаат или електронски да се пополнуваат.

4. Права на осигуреното лице

Секое осигурено лице има свои права кои произлегуваат од задолжителното здравствено осигурување. Овие права се поделени во неколку групи кои се распоредени на следниов начин:

1. права на примарна здравствена заштита;
2. права на специјалистичко консултативна здравствена заштита;
3. право на биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО);
4. право на болничка здравствена заштита;
5. право на медицинска рехабилитација;
6. право на протези и други ортопедски помагала;
7. право на користење здравствени услуги во странство;
8. право на остварување дијализа во странство;
9. права на парични надоместоци;
10. право на надоместок на трошоци за лекови од листата на лекови;
11. право на надоместок на средства за вградени стандардни материјали;

12. право на ослободување од учество за трошоци на здравствени услуги во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита.

5. Закон за здравствено осигурување

Здравствената заштита опфаќа снабдување лекови и помагала и нивно доставување до пациентите врз основа на лекарски рецепт. Здравствената заштита подразбира услуги што им се дадени на индивидуи или група индивидуи од страна на претставници на здравствената служба, заради унапредување, одржување, следење или воспоставување здравје. Терминот здравствена заштита е поширок од терминот медицинска заштита, којшто подразбира терапевтска активност од страна на лекарот или активност изведена под негова контрола. Терминот понекогаш се проширува и се однесува и на самозащитата. Секој систем на здравствена заштита е организиран на три нивоа здравствена заштита: примарна, секундарна и терцијарна.⁹

Со Законот за здравствено осигурување се уредува здравственото осигурување на граѓаните, правата и обврските од здравствено осигурување, како и начинот на спроведување на здравственото осигурување.¹⁰

Како одговор на темата на магистерскиот труд ќе го издвоиме членот 9 од законот за здравствено осигурување кој гласи:

Член 9:

Основни здравствени услуги од член 8 на овој закон се:

а) Во примарната здравствена заштита:

- здравствени услуги поради утврдување, следење и проверување на здравствената состојба;
- преземање стручно - медицински мерки и постапки за унапредување на здравствената состојба, спречување и рано откривање на болестите и други нарушувања на здравјето;
- укажување итна медицинска помош, вклучувајќи и превоз со санитетско возило кога е неопходно;

⁹ Современи тенденции на јавното здравство, Круме Николовски, Штип 2011, 56 стр.

¹⁰ Фонд за здравствено осигурување на Македонија - <http://www.fzo.org.mk> - преземено на 15 август 2014г.

- лекување во ординација, односно во домот на корисникот;
- здравствена заштита во врска со бременост и породување;
- спроведување превентивни, терапевтски и рехабилитациски мерки;
- превенција, лекување и санирање на болестите на устата и забите;
- лекови според листата на лекови, којашто е утврдена со општ акт од Фондот - во согласност со министерот за здравство;

б) Во специјалистичко - консултативната здравствена заштита:

- испитување и утврдување на заболувањата, повредите и на здравствената состојба;
- спроведување специјализирани дијагностички, терапевтски и рехабилитациски постапки;
- протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски направи и материјали и забнотехнички средства, според индикации утврдени со општ акт на Фондот - во согласност со министерот за здравство;

в) Во болничката (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита:

- испитување и утврдување на здравствената состојба, лекување, рехабилитација, нега, сместување и исхрана во болнички услови;
- лекови според листата лекови, која листа е утврдена со општ акт од страна на Фондот – во согласност министерот за здравство, како и помошни материјали кои служат за примена на лековите, санитетските и останатите материјали потребни за лекување;
- сместување и исхрана на придружник при неопходно придружување на дете до тригодишна возраст, додека е на болничко лекување, но најмногу до 30 дена;

г) Обдукција на умерени по барање на здравствени установи.

Основните здравствени услуги од ставот 1 на овој член ги обезбедува Фонот на осигурените лица во здравствените установи во висина на цени утврдени со ценовникот на здравствени услуги во Република Македонија, кој го донесува Управниот одбор на Фондот. Ценовникот е утврден од страна на фондот со општ правен акт, како и начинот на остварување права на здравствени услуги и спроведувањето здравствени услуги - во согласност со министерот за здравство.

Правото на парични надоместоци на осигурените лица во Република Македонија се уредува со Член 12 од Законот за здравствено осигурување.

Член 12 од Законот за здравствено осигурување гласи:

Во рамките на задолжителното здравствено осигурување се обезбедува право на парични надоместоци и тоа:

- право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство;
- право на надоместок на патни трошоци.

III ДЕЛ:

Право на здравствени услуги на осигурени лица во Р.Македонија

Здравственото осигурување претставува една од суштествените потреби на модерниот човек кој се почесто е соочен со здравствени проблеми, а покрај тоа и со трошоци за лекување. Здравственото осигурување има за цел да обезбеди сигурност за човекот во ситуации кои се појасни. Сигурност од аспект на здравјето и медицината, и сигурност од финансиски аспект.

Прашањето за здравствено осигурување во Република Македонија е уредено со Законот за здравствено осигурување со кој се уредуваат правата и обврските од здравственото осигурување, како и начинот на спроведување здравствено осигурување. Притоа, здравственото осигурување се дели на задолжително и на доброволно и се заснова на принципите на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефективно користење на средствата.

Законот определува на кој начин ќе се остваруваат односите во здравственото осигурување, како во задолжителното - така и во доброволното, а покрај тоа ги одредува правата и обврските на граѓаните кои се дел од системот на здравствено осигурување во Република Македонија. Фондот за здравствено осигурување на Македонија е институција која се грижи за спроведување на законот и за воспоставување односи во рамки на здравственото осигурување. Придонесите во Фондот, во делот на задолжителното здравствено осигурување, се уплаќаат по основа на задолжително социјално осигурување, согласно со што се утврдува методологијата на платите која ги вклучува и придонесите за здравствено осигурување.

Со задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедуваат здравствени услуги, во случај на болест и повреда надвор од работа и повреда на работа и професионално заболување. Тоа се здравствени услуги од основниот пакет. Исто така, од средствата од задолжителното здравствено осигурување се покриваат превентивните мерки и активности кои се битен дел од основниот пакет здравствени услуги. Тие сочинуваат: заштита од штетни влијанија врз здравјето на населението, откривање и спречување заразни болести, систематски прегледи на децата, на учениците и на студентите, заштита на жената во врска со

бременоста, породување, планирање семејство, заштита на доенчиња и мали деца, заштита од болести на зависности и други превентивни мерки и активности.¹¹

Во основниот пакет не влегуваат здравствените услуги кои не претставуваат основна здравствена заштита за здравјето на осигуреното лице, туку претставуваат посебни барања и желби на осигурените лица и не влегуваат здравствените услуги кои се по барање на одредени работодавци.

Со задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедува право на основни здравствени услуги, под услови утврдени со овој закон во случај на:

- 1) болест и повреда надвор од работа и
- 2) повреда на работа и професионално заболување.¹²

Член 39 од Уставот на Република Македонија гласи:

„На секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита. Граѓанинот има право и должност да го чува и унапредува сопственото здравје и здравјето на другите.“¹³

Со задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедува право на покривање трошоци за основни здравствени услуги во случаи на болест и повреда надвор од работа, како и во случај на повреда на работа и професионално заболување.

Основните здравствени услуги според Законот за здравствено осигурување се распределени како услуги од примарна здравствена заштита, услуги во специјалистичко - консултативна здравствена заштита, услуги во болничка (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита и услуги за обдукција на умрени по барање на здравствените установи.

¹¹<http://justicia.mk>- преземено на 15 август 2014 г.

¹²Костовски Михајло, Петреска Дијана, „Прирачник за права од здравствено осигурување“, ноември 2011г, стр.23

¹³Устав на Република Македонија, Број 08-4642/1, 1991

Здравствената заштита во Република Македонија е релативно лесно достапна (географски, економски и временски) до населението, бидејќи се спроведува во распространета мрежа од здравствени установи, со што е овозможено околу 90% од населението да добие здравствена услуга за помалку од 30 минути. Здравствениот систем го сочинуваат три сегменти: примарна, секундарна и терцијарна здравствена заштита.

Како во многу други земји, така и во Република Македонија здравствениот систем е ориентиран кон примарната здравствена заштита - како основа на системот со која се остварува првиот контакт со здравствената служба и со којашто се задоволуваат најголемиот дел од здравствените потреби на населението.

Пациентите кои имаат потреба од здравствена заштита на повисоко ниво, лекарот од ПЗЗ ги упатува на амбулантно - поликлиничко или болничко лекување. Мрежата од здравствени установи на секундарно ниво е развиена со одредени разлики во просторните капацитети и во обезбеденоста со кадри и со опрема. Покрај тоа што постои распространета мрежа од различни здравствени установи, сепак, системот не функционира како интегриран и координиран систем.

1. Права на услуги од примарна здравствена заштита

Примарна здравствена заштита во Република Македонија се обезбедува во различен вид приватни и јавни здравствени установи: ординации, здравствени станици и здравствени домови. Во ПЗЗ се обезбедуваат превентивни, промотивни и куративни услуги.

Мрежата на примарното ниво здравствена заштита е поделена на одделни географски подрачја, кои можат да опфатат една или повеќе општини.

За секое подрачје од ставот 1 на овој член се обезбедува изведба на сите видови здравствена дејност на примарно ниво, односно претставува специјалност која согласно разграничувањето за извршување здравствена дејност се изведува на примарно ниво

во здравствен дом и во приватни здравствени установи кои изведуваат здравствена дејност врз основа на лиценца на примарно ниво во мрежата.¹⁴

Примарната заштита ја обезбедуваат голем број здравствени работници и соработници: лекари, специјалисти по општа медицина, педијатри, специјалисти по училишна медицина, гинеколози и специјалисти по медицина на трудот. Претходно споменатите здравствени работници не обезбедуваат сеопфатна примарна заштита, освен во селата каде што работи само еден лекар. Овој систем функционира добро во одредени области (на пример, при спроведување имунизација и при овозможување антенатална нега), но помалку добро во други области (на пример, нерационално препишување лекови, почести упатувања кон повисоките нивоа во системот, недостаток на координација помеѓу различните третмани и претежно медикаментозен третман на пациентите со ментално здравствени проблеми, без доволно посветување внимание на психосоцијалните димензии на третманот). Преголем е бројот на пациенти кои добиваат услуги од службите за итна медицинска помош или од лекарите од секундарна, па дури и терциерна здравствена заштита. Голем број од овие пациенти, инаку, сосема добро можеле да бидат лекувани на ниво на ПЗЗ, доколку условите на тоа ниво би биле подобри или доколку подобро би се „чувале портите“ на системот - во смисла на упатувањето.

Приватните лекари од ПЗЗ не обезбедуваат сеопфатна примарна здравствена заштита која би ги опфатила сите превентивни и итни услуги по работното време, односно не обезбедуваат континуирана здравствена заштита. Целта на приватизацијата на примарната здравствена заштита е подобрување на квалитетот на здравствените услуги, но недоволно се анализирани нејзините краткорочни и долгорочни последици во однос на овозможувањето здравствени услуги.

Граѓаните кои се опфатени со задолжителното здравствено осигурување се обврзани да изберат лекар во ПЗЗ, во приватна или јавна здравствена установа. Во Македонија, традиционално, принципот на избор на лекар во ПЗЗ е поделен и зависи

¹⁴Член 19 од Пречистениот текст на Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ бр.43/12)

од возраста и од полот на корисниците. Вообичаено, членовите на едно семејство имаат по неколку избрани лекари (општ лекар, гинеколог и педијатар).

Права на услуги од примарната здравствена заштита:

- здравствени услуги поради утврдување, следење и проверување на здравствената состојба;
- преземање стручно - медицински мерки и постапки за унапредување на здравствената состојба, спречување и рано откривање на болестите и останати нарушувања на здравјето;
- укажување итна медицинска помош, вклучувајќи и превоз со санитетско возило, кога е тоа неопходно;
- лекување во ординација, односно во домот на корисникот;
- здравствена заштита во врска со бременост и породување;
- спроведување превентивни, терапевтски и рехабилитациски мерки;
- превенција, лекување и санирање на болестите на устата и забите и
- лекови според листата на лекови, која е утврдена со опш правен акт од страна на Фондот, во согласност со министерот за здравство;

Во основните права на услуги од примарна здравствена заштита се вклучуваат и изборот на лекар, домашното лекување, итната медицинска помош, патронажната посета, превозот со санитетско возило и користењето лекови.

1.1 Избор на лекар

Осигуреното лице прави избор на лекар во дејност на: општа медицина, медицина на трудот, педијатрија, училишна медицина, гинекологија и општа стоматологија, без оглед на местото на живеење, односно на работа, поради користење право на здравствена заштита во примарната здравствена заштита.

Изборот на лекар се извршува:

- во дејноста општа медицина - може да направат избор на лекар сите осигурени лица;
- во дејноста медицина на трудот - избор на лекар прават работниците и другите осигурени лица, доколку лекарот од медицина на трудот извршува дејност од општа медицина;
- во дејноста педијатрија - избор на лекар прават деца до 6, односно до 14-годишна возраст;
- во дејноста училишна медицина - избор на лекар прават децата од училишна возраст;
- децата кои се на школување надвор од местото на живеење, избираат лекар и во местото на школување;
- во дејноста гинекологија - избор на лекар прават жените над 14 - годишна возраст и во дејноста стоматологија - избор на лекар прават сите осигурени лица.

Изборот на лекар - стоматолог, се прави од сите лекари - стоматолози кои се на општа - стоматолошка практика, освен лекарите по орална хирургија, протетика и ортодонција и останати специјалисти кои извршуваат специјалистичка дејност.

За децата - осигурени лица до 14- годишна возраст, изборот на лекар може да го направи родителот односно старателот.

Изборот на лекар се извршува со пополнување изјава за избор на лекар, на образец ИЛ -1 (пријава за избор – промена на лекар). Изјавата се пополнува во два примероци, од кои едниот останува во здравствениот картон на осигуреното лице кај избраниот лекар, а другиот го доставува избраниот лекар до подрачната служба на Фонот за здравствено осигурување, заради евиденција. Промената на избраниот лекар се врши со пополнување на нов образец ИЛ-1, како одјава за избор на лекар и нов образец ИЛ-1 како изјава за избор на лекар.

Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување може да ја изврши промената по службена должност, со потврдување на изјавата на осигуреното лице и со доказ од личната исправа, во рок од 8 дена од поднесувањето.

Во рок од 8 дена од извршената промена на избраниот лекар, подрачната служба на Фондот ги известува избраниот и новоизбраниот лекар. Осигуреното лице може да направи промена на избраниот лекар, најмногу два пати во текот на една календарска година.

Правото за избор на лекар е лично право на осигуреникот и во негово име никој не може да го направи изборот. Исклучок од ова претставуваат малолетните деца до 14-годишна возраст и неспособните лица, за кои изборот на лекар го прават нивните родители, односно старатели.

Избор на матичен лекар од страна на осигуреникот се прави на следниот начин:

- Осигуреното лице прави избор на лекар во приватната здравствена установа каде што сака да се лекува, доколку нема претходно избран лекар со ИЛ-1 образец пријава.

Доколку сака осигуреното лице да изврши промена на избраниот лекар, здравствената установа, каде што осигуреникот има претходно избран лекар, пополнува ИЛ-1 образец - одјава за осигуреникот. Со ова пациентот се одјавил од избраниот лекар. Едниот примерок од ИЛ-1 образец - одјавата ја носи осигуреникот во приватната здравствена установа каде што сака да направи нов избор на лекар и за него се пополнува ИЛ-1 образец пријава. На ИЛ-1 образецот - одјава, односно новиот ИЛ-1 образец – пријава, докторот задолжително го става својот печат на ИЛ-1 образецот, а осигуреното лице го става својот потпис.

Доколку осигуреното лице има претходно избран лекар, но од кои било причини не може да земе ИЛ-1 образец - одјава од претходно избраниот лекар, осигуреното лице тоа го прави во соодветната подрачна служба на Фондот, каде што пополнува изјава за промена на избраниот лекар, заедно со приложената фотокопија од лична карта.

Во подрачната служба, осигуреното лице може да прави само одјава на избран лекар или одјава од претходно избран лекар и во исто време да направи и пријава на нов избран лекар со приложување на нов ИЛ образец.

1.2 Домашно лекување

Домашно лекување осигуреното лице остварува во случај на:

- неподвижни или слабо подвижни болни;
- хронична болест во фаза на влошување или компликации – по сложени оперативни зафати кои бараат превивање и нега на раната;
- продолжување на болничко лекување по предлог на болничката здравствена установа и
- кај болни во завршна, крајна фаза на болеста.¹⁵

Домашното лекување го спроведува избран лекар или медицинска сестра од тимот на избраниот лекар, односно специјализирана организациска единица за домашно лекување, а потребата од сето тоа ја утврдува лекарот специјалист од соодветната специјалност. Здравствените услуги имаат значење на посебни услуги, доколку избраниот лекар извршува домашно лекување.

1.3 Итна медицинска помош

Како итна медицинска помош се смета овозможувањето дијагностички и терапевтски постапки кои се неопходни за отстранување непосредна опасност по животот и здравјето на осигуреното лице.

Осигуреното лице остварува итна медицинска помош без упат од избраниот лекар, во најблиската здравствена установа која има организирана служба за итна помош или во здравствена установа која нуди примарна здравствена заштита, според местото на живеење односно според местото каде што се затекнало осигуреното лице

¹⁵Правилник за содржината и начинот на остварување права од задолжителното здравствено осигурување, („Службен весник на РМ“ бр.54/2012)

во времето на потребата од итна медицинска помош. Итна медицинска помош се обезбедува и кога осигуреното лице не е во можност да го докаже својството на осигурено лице. Својството на осигурено лице се докажува по престанувањето на итноста.

1.4 Патронажна посета

Како основно право на секое осигурено лице е и патронажната посета, која претставува давање, овозможување стручна помош и следење состојба по породување на осигурено лице – родилка и новородено дете, со цел за зачувување и унапредување на здравјето на родилката, односно детето, кај коишто постои зголемен ризик од појава на болести.

Патронажната посета ја спроведуваат медицински сестри од тимот на избраниот лекар – гинеколог.

1.5 Превоз со санитетско возило

Санитетското возило може да се користи и кога не се работи за итен случај, а болниот односно повредениот, поради неподвижност или ограничена подвижност не може да користи превоз со јавниот сообраќај.

Потребата за превоз со санитетско возило ја утврдува избраниот лекар, односно надлежниот лекар од соодветната болничка здравствена установа.

Превоз со санитетско возило може да се користи и во случаи кога има потреба од лекување во странство, по предлог на лекарската комисија за упатување на лекување во странство, односно по предлог на надлежниот лекар во болничката здравствена установа во странство.

1.6 Право на користење лекови

Осигуреното лице остварува право на лекови врз основа на рецепт за припишување лек. Лекови на рецепт припишува лекар – доктор на медицина, односно стоматолог кој има статус на избран лекар во примарната здравствена заштита.

Осигуреното лице може да оствари право на лекови на товар на средствата на Фондот, според листата на лекови врз основа на рецепт и врз основа на потврда за платен придонес за здравствено осигурување.

Согласно Законот за здравствено осигурување на Македонија, во основни здравствени услуги коишто ги обезбедува Фондот за здравствено осигурување на Македонија влегуваат и лековите од листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ, за примарна и болничка здравствена заштита.

Снабдувањето на здравствените установи со лекови на товар на Фондот на секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита, се извршува директно од страна на здравствените установи или од Министерството за здравство на РМ, според постапки за јавни набавки. Согласно Законот за здравствено осигурување, Фондот е купувач на здравствените услуги во кои се вклучени и лековите.

Во примарната здравствена заштита, лековите на рецепт од листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ и кои имаат утврдена референтна цена и се издаваат на рецепт за осигурениците, се обезбедуваат од ПЗУ аптеки со кои Фондот има склучено договор. Бројот на ПЗУ аптеки варира во текот на годината и последнијата цифра на активни аптеки кои имале договор со ФЗОМ за 2013 година е 722 аптеки.

Од вкупно 391 лек по генерика од примарната позитивна листа до 299 лекови се обезбедени без доплата за осигурениците, односно околу 76% од лековите за примарна здравствена заштита се обезбедени без доплата за осигурениците, што е највисок процент на овие лекови до сега. Вкупно, од 2009 година бројот на лекови по генерика без доплата бил 20% од вкупниот број на лекови за ПЗЗ, а во 2013 година бројот на лекови по генерика без доплата достигнува до 76,5%. Има накачување за околу 56%.

Со утврдените референтни цени на лековите од позитивната листа за ПЗЗ, бројот на лекови без доплата, по заштитено име, кои ги обезбедува Фондот, во 2013 година достигна до 442 лекови (44% од вкупниот број лекови на рецепт).

Тенденцијата за намалување на цените на лековите резултира со зголемување на бројот на лекови кои се обезбедуваат за осигурените лица без доплата, а со тоа се овозможува поголема достапност до потребната терапија со лекови. Постои тенденција овој број да се зголемува и понатаму, притоа намалувајќи се бројот на лекови со доплата. Стратегијата на Фондот за периодот 2014 - 2015 година е во насока да се обезбедат лекови без доплата за секоја генерика.

2. Права на услуги во специјалистичко - консултативната здравствена заштита

Како што веќе споменавме, покрај правата на услуги од примарна здравствена заштита, права кои се опфатени со Законот за здравствено осигурување, се и правата на услуги во специјалистичко - консултативната здравствена заштита односно:

- испитување и утврдување на заболувањата, повредите и здравствената состојба;
- спроведување на специјализирани дијагностички, терапевтски и рехабилитациски постапки и
- протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски направи и материјали и забнотехнички средства, според индикации утврдени со општ правен акт на Фондот, во согласност со министерот за здравство;

Специјалистичко - консултативната здравствена заштита опфаќа специјалистички прегледи, дијагностички, терапевтски и рехабилитациски постапки според медицински индикации.

Специјалистичко- — консултативната здравствена заштита, осигуреното лице ја остварува во најсоодветната здравствена установа која овозможува такви здравствени услуги, врз основа на пропишан образец на упат од избраниот лекар специјалист /

субспецијалист. Поради укажување на специјалистичко – консултативни здравствени услуги, може да го упати осигуреното лице во јавни и приватни здравствени установи на територијата на Република Македонија, покрај Универзитетските клиники во Скопје.¹⁶

За потребата од упатување на специјалистичко - консултативна здравствена заштита одлучува избраниот лекар.

Специјалистичко - консултативна здравствена заштита осигуреното лице ја остварува во здравствена установа која извршува такви здравствени услуги на подрачјето на Република Македонија, врз основа на упат од избраниот лекар.

Субспецијалистичката здравствена заштита се користи со упат на лекарот специјалист.

Упатот важи 30 дена од денот на издавањето, односно од денот на закажаниот преглед, освен во оправдани случаи, кога поинаку е определено со одлука на Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување.

Ако во здравствената установа во која е упатено осигуреното лице има повеќе лекари од иста специјалност, самостојно може да определи кај кој лекар – специјалист ќе користи здравствена услуга.

Осигуреното лице е должно, веднаш по извршениот специјалистичко - консултативен преглед да се јави кај избраниот лекар, најдоцна во рок од три дена.

¹⁶Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржина и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување, „Службен весник на РМ, бр. 34 од 17.02.2014 година, Член 3

2.1 Начин како осигуреното лице да користи специјалистичко – консултативна заштита

Осигуреното лице има право да избере во која здравствена установа од специјалистичко - консултативната дејност со којашто има договор Фондот, ќе ја изврши здравствената услуга.

За извршената здравствена услуга му се наплаќа учество (партиципација) на осигуреното лице, согласно одлуката за утврдување висина на учество за осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите.

3. Право на биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО)

Осигуреното лице може да оствари право на биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО) за прво дете, најмногу до трет неуспешен обид за оплодување, но најмногу до првото успешно породување со живородено дете во рамките на трите обиди.

Правото се остварува врз основа на утврдени апсолутни и релативни медицински индикации кои се фактори од коишто зависи примената на БПО постапките, согласно медицината базирана на докази.

Осигуреното лице може да оствари право на биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО) за второ дете, најмногу до третиот неуспешен обид за оплодување, но исто така најмногу до првото успешно породување со второто живородено дете, во рамките на трите обиди за второ дете.

4. Права на услуги во болничка (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита

Кога поради природата на заболувањето, не е можно со успех да се спроведе амбулантно или домашно лекување, осигуреното лице се упатува на болничко

лекување во најблиската здравствена установа која врши соодветна болничка здравствена заштита.

Болничкото лекување се остварува врз основа на упат од избраниот лекар на осигуреното лице.

На болничко лекување може да биде примено осигуреното лице и без упат ако е итен случај, односно ако е упатен од лекар што овозможил итна медицинска помош.

Упатот за болничко лекување важи најмногу 30 дена од денот на издавањето од страна на избраниот лекар.

Болничката здравствена установа во која е упатено осигуреното лице на лекување при приемот утврдува дали постои медицинска индикација за болничко лекување.

Ако постои медицинска индикација за болничко лекување, болничката здравствена установа е должна на осигуреното лице да му обезбеди сместување и лекување во најкраток можен рок, а во итните случаи веднаш.

Ако болничката здравствена установа утврди дека болничкото лекување не е неопходно, должна е да ги извести осигуреното лице и избраниот лекар за тоа, со образложен предлог и мислење за понатамошно лекување.

Мајка на хоспитализирано дете до едногодишна возраст има право на сместување и на исхрана во болницата како придружник, најмногу до 30 дена. Како придружник на хоспитализирано дете до тригодишна возраст, поради потешко оштетување, неопходно е придружување од еден родител или член на семејството, којшто има право на болничко сместување и исхрана најмногу до 30 дена, заради неа и оспособување за рехабилитација во домашни услови.

Ако осигуреното лице се наоѓа во болничка установа, а се оцени дека поуспешно и посоодветно може да се лекува во друга болничка установа, се упатува со интерболнички, односно интерклинички упат.

По завршеното болничко лекување, болничката здравствена установа му дава отпусно писмо и совет на осигуреното лице, а на избраниот лекар - упатство за понатамошно лекување.

Интерболнички, односно интерклинички упат не може да се издаде кога осигуреното лице се упатува на медицинска рехабилитација.

Осигуреното лице ја потпишува фактурата за извршените здравствени услуги, а болничката здравствена установа е должна да му издаде копија од фактурата што ја доставува до Фондот.

Осигуреното лице е должно со отпусно писмо - лично или според член на семејството да се јави на избраниот лекар веднаш, односно во рок од 5 дена.

Во болничка здравствена заштита, осигуреното лице може да оствари:

- испитување и лекување на болните и повредените со примена на медицински знаења, вештини, методи и средства за лекување, оперативно лекување, лекување со примена на методи на физикална медицина, медицинска рехабилитација, совети, медицинска нега и прифатени методи на традиционалната медицина во болнички услови, со цел заздравување и подобрување на здравствената состојба;
- лекови, помошни материјали кои служат за примена на лекови и санитетски и други помошни медицински материјали потребни за лекување и
- сместување и исхрана во стандардни болнички услови.

Осигуреното лице може да оствари право на протези, ортопедски и останати помагала, помошни и санитетски справи и материјали и заботехнички средства, под услов, здравственото осигурување да траело непрекинато најмалку шест месеци пред настапување на потребата, освен во случаите при повреда на работа и професионално заболување.

Фондот, со општ правен акт, поблиску ги определува начинот на остварувањето на правата на здравствени услуги и спроведувањето здравствената заштита во согласност со министерот за здравство.

5. Право на медицинска рехабилитација

Поим на специјализирана медицинска рехабилитација

Член 2:

На осигурените лица се обезбедува специјализирана медицинска рехабилитација заради подобрување или враќање на изгубени или оштетени функции на телото, како последица од акутно заболување или повреда, медицински оперативни интервенции, конгенитални аномалии, влошување на хронично заболување.

Со специјализираната медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување, се обезбедува спроведување на интензивна програма на рехабилитација за која е неопходно мултидисциплинарно тимско работење во рамките на медицинскиот третман, заради отстранување на функционалните пречки и подобрување на здравствената состојба.¹⁷

Осигуреното лице може да оствари право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување во следните случаи:

1. по завршување болничко лекување на акутно заболување, состојба и повреда;
2. по завршување болничко лекување на влошено хронично заболување;

3. по контролен специјалистички / субспецијалистички преглед за: церебрална парализа, мултипла склероза кај средно тешки и тешки испади на локомоторен систем, плегии (хемиплегија, параплегија и тетраплегија), тешки парези, ревматоиден артрит, онколошки заболувања кај деца до 18 години и болести на крвта и крвотворните органи (хемофилија).

¹⁷Правилник за специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување, („Службен весник на Р М“ број 141/2014).

Медицинската рехабилитација ги опфаќа постапките на физикална медицина (масажа, кинези терапија, хидротерапија, електротерапија), оспособување со стручна работа и со примена на ортопедски средства, со цел да се спречи намалување на работната или на функционалната способност на осигуреното лице.

6. Остварување право на протези и право на останати ортопедски помагала

„Осигуреното лице може да оствари право на ортопедско и друго помагало, под услов ако здравственото осигурување траело непрекинато, најмалку шест месеци пред настапување на потребата, освен во случаите на повреда на работа и професионално заболување и ако се работи за деца - доенчиња до едногодишна возраст“.

Осигуреното лице го остварува правото на ортопедско и друго помагало на основа на потврда за потреба од ортопедско помагало, којашто ја издава лекар - специјалист од соодветна специјалност, освен за помагалата утврдени во член 43 од Правилникот за индикациите за остварување право на ортопедски и други помагала, на кои правото го остварува осигуреното лице врз основа на потврда, издадена од избраниот лекар на предлог од лекар - специјалист од соодветна специјалност.

Потврда за ортопедско и друго помагало може да издаде лекар - специјалист од соодветна специјалност или избран лекар од здравствена установа која има склучено договор со Фондот.

Според член 5 од Правилникот за индикации за остварување право на ортопедски и други помагала („Службен весник“ бр. 33/2011), потврдата за ортопедско помагало ја заверува подрачната служба на Фондот според местото на осигурување на осигуреното лице.

За заверка на потврдата за ортопедско помагало, осигуреното лице треба да достави до подрачната служба на Фондот:

1. здравствена легитимација на увид,

2. потврда за потреба од ортопедско помагало издадена од лекар - специјалист од соодветна дејност и

3. Наод и мислење од лекарска комисија.¹⁸

7. Право на услуги од видот обдукција на умрени, по барање на здравствени установи

Основните здравствени услуги од видот обдукција на умрени по барање на здравствени установи, ги обезбедува Фондот на осигурените лица во здравствените установи - утврдени со мрежата здравствени установи, во која се врши здравствената дејност, согласно прописите од областа на здравствена заштита, во висина на утврдени цени со општ правен акт на Фондот, во согласност со министерот за здравство.

8. Право на лекување во странство и остварување дијализа во странство

Член 30:

Осигуреното лице може да користи болничко лекување во странство со одобрение на Фондот, ако е во прашање заболување кое не може да се лекува во Републиката, а во земјата во која осигуреникот се упатува постои можност за успешно лекување на тоа заболување.

Осигуреното лице, под утврдени услови во ставот 1 на овој член, може да користи здравствени услуги на контролни прегледи во странство, кои се однесуваат на веќе извршено болничко лекување во странство, одобрено од страна на Фондот, а кои не можат да се извршат во Република Македонија. Фондот може да склучува договори за болничко лекување во странство за заболувања од претходно спроведена постапка-за избор на странска болница за лекување. Осигуреникот кој е упатен на привремена работа во странство, во земјите со кои Република Македонија има склучено или

¹⁸Правилник за индикациите за остварување право на ортопедски и други помагала, („Службен весник“ бр. 33/2011).

преземено договор за социјално осигурување, здравствените услуги во странство може да ги користи во обем и на начин утврдени со договорот за социјално осигурување.

Осигуреникот кој е упатен на привремена работа во странство во земји со коишто Република Македонија нема склучено или преземено договор за социјално осигурување, може да користи здравствени услуги во странство, само за укажување итна медицинска помош, ако придонесот за задолжително здравствено осигурување е платен, согласно прописите за задолжително социјално осигурување. Ако осигуреникот или работодавецот кој го упатил осигуреникот на привремена работа во странство, во земји со коишто Република Македонија нема склучено или преземено договор за социјално осигурување и користење здравствена заштита во странство - заштитата ја обезбедиле на свој товар, со посебен договор за осигурување. Дадените здравствени услуги не паѓаат на товар на средствата на Фондот.

Осигурените лица кои се со место на живеење во земја со којашто Република Македонија има склучено или преземено договор за социјално осигурување, во таа земја може да користат здравствени услуги во обем и на начин утврден со договорот за социјално осигурување. Осигурените лица кои привремено престојуваат во странство можат да користат само итна медицинска помош. Начинот на користење здравствени услуги и најповолни цени на здравствени услуги во странство ги утврдува Фондот со општ правен акт, во согласност со министерот за здравство.¹⁹

Осигурените лица кои привремено престојуваат во странство, на товар на средствата на Фондот може да користат 13 дијализи во странска здравствена установа, во текот на годината и тоа не подолго од 30 дена. Платените здравствени услуги се остваруваат врз основа на референтните цени за дијализа, намалени за учеството на осигуреното лице.

¹⁹Закон за здравствено осигурување, („Службен весник бр. 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011 26/2012), 16/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 112/2014 и 113/2014 година, Член 30).

IV ДЕЛ:

Право на парични надоместоци на осигурените лица во Македонија

„Секој поединец има право на доволен надоместок, во разумен временски период, во случај на претрпена физичка или морална и психолошка штета или во случај на страдање - предизвикано од лекување или од услуга во здравствениот систем.

Здравствената заштита мора да гарантира надоместок, без оглед на тежината на настанатата штета или на нејзината причина (од предолго чекање до медицинска грешка), дури и кога крајната одговорност не може да биде утврдена со точност“.²⁰

Во Законот за здравствена заштита е внесено правото на корисникот на здравствената заштита „...да бара надоместок на штета поради направени грешки или последици настанати по несоодветно лекување, во согласност со прописите за облигациски односи“.²¹

Во рамките на задолжителното здравствено осигурување се обезбедува право на парични надоместоци и тоа:

- право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство;
- право на надоместок на патни трошоци.

Член 12:

Работникот има право на надоместок на плата за целото време на отсуство во случаите и во траењето - определени со закон, како и во случаите кога не работи - кога причината е од страната на работодавачот.

Работодавачот е должен да исплати надоместок на платата на работникот во случаи на отсутност од работа поради користење годишен одмор, платен вонреден одмор, дообразување, со закон определени празници од работа,

²⁰ „Европска повелба за правата на пациентите“, презентирана во Брисел на 15 ноември, 2002 година.

²¹ Закон за здравствена заштита, („Службен весник на Р. Македонија“ бр.43/2012, Член 55).

слободни денови и во случаи кога работникот не работи со причина од страна на работодавачот.²²

1. Право на надоместок на плата

Осигуреното лице има право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда, како и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство, под услов ако се работи за осигурено лице кое има засновано постојан работен однос - лице во работен однос.

Правото на надоместок на плата на товар на Фондот се остварува врз основа на поднесено барање за привремена спреченост за работа поради болест и повреда, односно барање за привремена спреченост за работа поради бременост и раѓање.

1.1 Право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда

Случаи кога се остварува право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда

Осигуреникот има право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда, во случај на:

1. болест и повреда надвор од работа;
2. повреда на работа и професионална болест;
3. лекување и медицинско испитување;
4. негување на болно дете до тригодишна возраст;
5. негување на болен член на потесно семејство над тригодишна возраст, но најмногу до 30 дена;

²²Закон за работни односи, пречистен текст, („ Службен весник на РМ“,бр. 34 од 17.02.2014година).

6. неопходно придружување на болно лице упатено на преглед, или лекување надвор од местото на живеење;

7. неопходно придружување на болно дете до тригодишна возраст, додека е на болничко лекување, но најмногу 30 дена;

8. доброволно дарување крв, ткиво или орган;

9. изолираност заради спречување на ширење зараза.

1.1.1 Документи кои треба да ги поднесат осигурениците за да го остварат правото на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда

Потребни документи кои треба да ги достават осигурените лица за да остварат право на надоместок на плата, во случај на привремена спреченост од работа поради болест или повреда се следните:

Кон барањето (образец бр. 2, надоместок на плата – болест / повреда / нега) за надоместок на плата поради болест и повреда, се поднесуваат следните документи:

- копија од М1 / М2 - пријава и договор за работа во копија, ако од пријавата М1 / М2 не може да се утврди видот на работниот однос (работен однос на неодредено или одредено време а за управител решение од Централен регистар);

- извештај за привремена спреченост за работа - ИСП од избран лекар;

- наод, оценка и мислење од лекарската комисија;

- отписно писмо за болничко лекување;

- потврда за висината на исплатената нето плата на осигуреникот- образец НП -1;

- Платни списоци (исплатни листи) на увид, со копија од декларацијата од УЈП и извод за исплатена плата;

- Изјава заверена на нотар за жиро - сметките на правното лице и копија од изводи на жиро - сметки (за правно лице со еден вработен).

Меѓутоа, со последните измени во поглед на потребната документација, Фондот изврши административна гилотина и ги сведе на минимум потребните документи.

За да можат да го остварат правото на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда, осигурениците треба да поднесат барање на пропишан образец во подрачната служба на Фондот, каде што ги остваруваат правата од задолжително здравствено осигурување. Во поглед на потребната документација Фондот изврши административна гилотина и ги сведе на минимум потребните документи. Кон барањето (образец Н1) потребно е да се достави: извештај за привремена спреченост за работа – образец ИСР од избран лекар, наод, оценка и мислење од лекарската комисија, изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и состојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен) и доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

1.2 Право на надоместок на плата за време на отсуство од работа, поради бременост, раѓање и мајчинство

Член 14:

Право на надоместок на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство може да остварат осигурениците од член 5, став 1, точки: 1, 2 и 3 на овој Закон и по таа основа да биле здравствено осигурени, непрекинато, најмалку шест месеци пред започнувањето на отсуството²³.

Надоместокот од став 1 на овој член, се исплаќа за деновите за коишто се остварува плата и во времетраење, утврдено со прописите за работни односи.

Средствата за остварувањето право од ставот 1 на овој член се обезбедуваат од буџетот на Република Македонија, според надлежен орган.

²³Закон за здравствено осигурување,(„Службен весник бр. 25/2000,34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007,82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011 26/2012),16/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 112/2014 и 113/2014 година).

За време на бременост, раѓање и родителство, работничката има право на платено отсуство од работа во траење од девет месеци непрекинато, а доколку роди повеќе деца одеднаш (близнаци, тројка и повеќе) една година. Врз основа на наод од надлежниот здравствен орган, може да го започне породилното отсуство 45 дена пред раѓањето, а задолжително 28 дена пред раѓањето. Доколку се породат порано, отсуството започнува да тече од денот на раѓањето на детето.

Доколку работничката посвоила дете, има право на отсуство до наполнување деветмесечна возраст на детето, а доколку посвоила повеќе деца - една година. Исто така, доколку посвоила дете има право на платено отсуство за времетраењето од периодот за адаптацијата на детето, согласно прописите за семејство.

1.2.1 Документи коишто треба да ги поднесат осигурениците за да го остварат правото на надоместок на плата, за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство (породилно отсуство)

Осигурениците, за да го остварат правото на надоместок на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство, потребно е и да поднесат барање на пропишан образец (Н2) во подрачната служба на Фондот, каде што ги остваруваат правата од задолжително здравствено осигурување. Кон барањето потребно е да приложат: извештај за привремена спреченост за работа – образец ИСР од избран лекар, извод од книгата на родените за дете (копија која може и Фондот да ја обезбеди- по службена должност), решение за адаптација – посвојување од Центарот за социјални работи за посвоено дете (Фондот може да го обезбеди по службена должност), изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и состојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен) и доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

Напомена: Барањата за надоместок на плата, осигурениците може да ги поднесат лично, т.е. не мора да ги поднесуваат според нивните работодавци.

Подрачната служба на Фондот, како првостепен орган ќе ја започне постапката за донесување решение со утврдување фактичка состојба, врз основа на барањето и на доказите кои се приложени кон барањето.

Подрачните служби на Фондот се должни да донесат решение во рок од 45 дена од денот на предавањето на уредно и комплетираното барање од страна на осигуреникот.

Против решението на првостепениот орган, осигуреникот има право да поднесе жалба во рок од 15 дена од приемот на решението до министерот за здравство, кој решава во втор степен.

Против конечното решение на министерот за здравство, осигуреникот може да води управен спор пред Управен суд на Република Македонија.

1.2.2 Враќање на работничката на работа која користи породилно отсуство - пред истекот на отсуството

Доколку работничката користи породилно отсуство, ако сака, може да се врати на работа и пред истекот на отсуството. Покрај правото на плата работничката има право и на надоместок на плата во висина од 50% од утврдениот износ на надоместокот.

Со барањето, потребно е да ја достави следната документација до подрачната служба на Фондот:

- изјава дека го прекинува отсуството од работа поради бременост, раѓање и мајчинство;
- потврда од работодавачот дека работничката се вратила на работа;
- доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

1.2.3 Случаи кога се продолжува породилното отсуството

Ако работничката роди мртво дете или ако детето умре пред истекот на отсуството има право да го продолжи отсуството за време, колку што е потребно

според наодот на лекарот за да закрепне од загубата на детето, а најмалку 45 дена, време за кое и припаѓаат сите права врз основа на породилното отсуство.

1.2.4 Користење породилно отсуство од страна на таткото

Согласно Законот за работни односи, доколку работничката не го искористи правото на породилно отсуство, правото може да го користи таткото или посвоителот на детето.²⁴

1.3 Услови кои треба да ги остварат осигурениците во работен однос за да можат да го остварат правото на надоместок на плата

- Осигуреникот може да оствари право на надоместок на плата ако траело здравственото осигурување најмалку шест месеци, непрекинато, пред настапувањето на случајот, освен во случаите при повреда на работа и при професионално заболување, како и за осигуреникот од членот 5, став 1 точки 1, 2 и 3 од овој Закон, кога едниот брачен другар бил упатен на работа во странство во рамките на меѓународно-техничка соработка, просветно-културна и научна соработка, во дипломатски и конзуларни претставништва, на стручно усовршување или на образование - со согласност и за потребите на работодавачот и по таа основа му мирува работниот однос. Во рок од 30 дена од денот на престанувањето на работата на неговиот брачен другар во странство - се враќа на работа, кај работодавачот кај кого му мирува работниот однос:

- придонесот за задолжително здравствено осигурување, редовно да е уплатуван или со задоцнување од најмногу 60 дена и

- оцената за привремена спреченост за работа ја дал избраниот лекар, односно лекарската комисија.

²⁴„ИНФО БИЛТЕН - ФЗОМ“ 36/ноември, 2013

1.4 Основа за утврдување надоместок на плата

Основа за пресметување надоместок на плата, претставува просечниот месечен износ на исплатената нето плата, на којашто е платен придонесот за задолжително здравствено осигурување во последните шест месеци, пред настанување на случајот, поради што се стекнува правото на надоместок.

Основа за пресметување надоместок на плата, претставува и основата на којашто е платен придонесот за задолжително здравствено осигурување.

Во последните шест месеци, пред настанување на случајот - поради што се стекнува право на надоместок на плата, кај работодавачот се зголемува платата само за осигуреникот кој треба да го оствари тоа право. Во тој случај основа за пресметување на надоместокот претставува просечниот месечен износ од исплатената нето плата на којшто е платен придонесот за здравствено осигурување - во период од последните шест месеци пред настанување на случајот.

Член 170:

Работникот којшто користи отсуство поради бременост, раѓање и родителство, отсуство за неа и за заштита на дете, има право на надоместок на плата согласно овој и друг закон и согласно колективен договор.²⁵

Член 171:

Работничката која го дои детето, по изминувањето на отсуството поради бременост, раѓање и родителство, ќе започне да работи со полно работно време, но има право на платена пауза во текот на работното време, во траење од еден час и триесет минути дневно. Тоа право го има работничката до наполнување едногодишна возраст на детето.

Осигуреното лице има право на надоместок на плата, за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда, како и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство, под услов ако се работи за осигурено лице кое има засновано постојан работен однос - лице во

²⁵Закон за работни односи, („ Службен весник“ на Р. Македонија, бр.34/2014, член 170).

работен однос (осигурени лица од член 5, став 1, точките 1, 2 и 3 од Законот за здравствено осигурување).²⁶

1.5 Исплата на надоместокот на плата

Надоместокот на плата, за првите 30 дена спреченост за работа го утврдува и го исплатува работодавецот од своите средства, а над 30 дена - Фондот. По исклучок, надоместокот на плата се исплатува од средствата на Фондот од првиот ден на привремената спреченост за работа - во случај на нега на болно дете до тригодишна возраст и на доброволно давање крв, ткиво или орган, а за отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство од средствата на Буџетот на Република Македонија. Во случај, кога привремената спреченост за работа поради повреда на работа, настанала како последица од не обезбедување мерки - утврдени согласно прописите од областа на безбедноста и здравјето при работа од страна на работодавачот, тогаш за целиот период - надоместокот на плата ќе биде на товар на работодавачот.

Член 18:

Надоместокот на плата, за првите 30 дена спреченост за работа, го утврдува и го исплатува работодавецот од своите средства, а над 30 дена Фондот. По исклучок, од став 1 на овој член, надоместокот на плата се исплатува од средствата на Фондот, од првиот ден на привремена спреченост за работа во случај на нега на болно дете до тригодишна возраст, во случај на доброволно дарување крв, ткиво или орган, а за отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство - од средствата на Буџетот на Република Македонија. Ако доброволен дарител на крв не остварил надоместок на плата кај работодавецот кај којшто е вработен за отсуство од работа поради доброволно дарување крв, може да бара да го оствари тоа право на товар на средствата на Фондот.

²⁶Закон за работни односи,(„ Службен весник“ на Р. Македонија, бр.34/2014, член 171).

1.6 Висина на надоместокот на плата

Висината на надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа ја определува работодавецот, односно Фондот, со општ правен акт, но најмалку во висина од 70% од основата за надоместокот на плата.

По исклучок, висината за надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа предизвикана со повреда на работа, професионална болест, за време на давање крв, ткиво или орган, како и за време на отсуство поради бременост, раѓање и мајчинство, изнесува 100% од основата за надоместокот на плата.

Член 17:

Висината на надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа ја определува работодавецот, односно Фондот, со општ правен акт, но најмалку во висина од 70% од основата за надоместокот на плата.

По исклучок, од став 1 на овој член, висината на надоместокот на плата за време на привремената спреченост за работа предизвикана со повреда на работа, професионална болест, за време на давање крв, ткиво или орган, како и за време на отсуство поради бременост, раѓање и мајчинство изнесува 100% од основата за надоместокот на плата - утврдена според член 16 од овој Закон. Висината на надоместокот на плата - пресметан врз основа на членот 16 на овој Закон, не може да биде повисока од износот на две просечни месечни плати, три просечни месечни плати во 2012 година и четири просечни месечни плати по 2012 година, исплатени во Македонија во претходната година.

Подолу, во табелата се наведени податоци поврзани со надоместоците на плата, подетално за тоа - кој е називот и кој е типот на боледувањето, кој дел од исплатата е на терет на Фондот, како и колкав е моменталниот процент од пресметаната месечна основа, којшто се исплаќа.

Тип/подтип на боледување	Терет на фонд	Процент
Болест, повреда или нега		
Болест и повреда надвор од работа	По 30 дена на терет на Фондот	70%
Болест и медицинско лекување	По 30 дена на терет на Фондот	70%
Малигни заболувања	По 30 дена на терет на Фондот	85%
Патолошка бременост	По 30 дена на терет на Фондот	70%
Повреда на работа и професионална болест	По 30 дена на терет на Фондот	100%
Негување на болно дете до тригодишна возраст	Од првиот ден на терет на Фондот	70%
Негување на болен член на потесно семејство над тригодишна возраст, но најмногу до 30 дена	По 30 дена на терет на Фондот	70%
Неопходно придружување на болно лице упатено на преглед или лекување надвор од местото на живеење	По 30 дена на терет на Фондот	70%
Неопходно придружување на болно дете до тригодишна возраст, додека е на болничко лекување, но најмногу 30 дена	После 30 дена на терет на Фондот	70%
Доброволно дарување крв, орган или ткиво	Од првиот ден на терет на Фондот	100%
Изолираност заради спречување на ширење зараза	По 30 дена на терет на Фондот	70%
Бременост и раѓање		
Бременост и раѓање	Од прв ден на терет на Фондот	100%
Вработена родилка – 50%	Од прв ден на терет на Фондот	50%
Породилно на татко	Од прв ден на терет на Фондот	100%
Адаптација	Од прв ден на терет на Фондот	100%
Посвојување	Од прв ден на терет на Фондот	100%

Табела 1- надоместок на плата по тип/подтип на боледување

1.7 Оцена за спреченост за работа

Оцена за привремена спреченост за работа за првите 15 дена дава избраниот лекар од примарната здравствена заштита, а над 15 дена дава првостепената лекарска комисија на Фондот, по предлог на избраниот лекар. Доколку осигуреникот не е задоволен од оцената на лекарот, односно на првостепената лекарска комисија, може да поднесе приговор - во рок од 3 дена до второстепената лекарска комисија.

1.8 Запирање на надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа

Осигуреникот не може да оствари, односно ќе му се запре исплатата на надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа доколку:

1) неоправдано - не се јави на определен лекарски или комисиски преглед и лекување или свесно не се придржува кон упатствата на лекарот;

2) во времето на привремената спреченост за работа се утврди дека работи и остварува приход и

3) на работодавецот кај кого нема други вработени, а во тој период остварува приходи.²⁷

2 Право на надоместок за патни трошоци

Секое осигурено лице во Република Македонија има право на паричен надоместок за патни трошоци, доколку ги исполнува условите коишто се уредени во законот. Осигуреното лице може да оствари право на патни трошоци, доколку е упатено да користи здравствени услуги во врска со дијализа или вежби за рехабилитација на видот, слухот и говорот - надвор од местото на живеење.

Осигурените лица кои се третираат со хемодијализа, по правило ја остваруваат во местото на живеење ако за тоа постојат услови, а ако тоа не е можно, хемодијализата ја остваруваат во најблиската здравствена установа со организиран транспорт со возило од здравствената установа. За осигурените лица за кои не е обезбеден организиран транспорт, Фондот ги надоместува патните трошоци во висина на патна карта од јавен превоз. Во случаите кога не постои јавен превоз од местото на живеење на осигуреното лице до здравствената установа, има право на надоместок од 5,00 денари по еден километар.

²⁷ „Инфо билтен“ – ФЗОМ 36/ноември, 2013

Правото на надоместок се остварува според издадена потврда за бројот на извршени хемодијализи во претходниот календарски месец, издадена од здравствената установа.

Надоместокот за патните трошоци за вежби, за рехабилитација на видот, слухот и говорот е во висина како и надоместокот за патните трошоци за дијализа. Правото се остварува врз основа на потврда за бројот на извршени здравствени услуги во претходниот период - издадена од здравствената установа којашто има склучено договор со Фондот.

На осигуреното лице, упатено на болничко лекување во странство и на одобрените придружник им припаѓаат патни трошоци во висина на вистинските трошоци за превоз, за одење и за враќање - намалени за партиципацијата.

Правото на надоместок на патните трошоци на товар на Фондот, се остварува со поднесување барање (образец бр.4, патни трошоци) од осигуреното лице што се дава следната документација:

- потврда за бројот на извршени здравствени услуги во претходниот календарски месец, издадена од здравствената установа каде што се извршени здравствените услуги;
- потврда од здравствената установа каде што е извршена хемодијализата - дека нема организиран превоз;
- здравствена легитимација на увид;

V ДЕЛ:

Анализи, заклучоци и препораки за остварување право на здравствени услуги и право на парични надоместоци на осигурените лица во Република Македонија

1. Споредбена анализа на 2012 и 2013 година, во поглед на правата на осигурените лица во Република Македонија:

Осигуреници	2012	2013
Активни работници	481.077	486.116
Активни земјоделци	18.381	19.077
Пензионери	268.006	283.658
Невработени лица	21.214	17.159
Лица осигурени преку програма на МЗ	223.470	238.739
Останати	14.962	13.916
Осигуреници:	1.027.110	1.058.665
Членови на семејства:	717.127	725.951
Вкупно осигурени лица:	1.744.237	1.784.616
Извор: ФЗОМ		

Табела 2. Број на осигурени лица во 2012 и 2013 година

Бројот на вкупно осигурени лица во 2012 година изнесувал 1.744.237. Тој број се зголемил во 2013 година на 1.784.616 осигуреници. Активни работници во 2013 година се забележани 486 илјади, што бележи пораст во споредба со претходната година за приближно 5 илјади лица.

Според Законот за здравствено осигурување, ФЗОМ, како институција која го спроведува задолжителното здравствено осигурување, на осигурениците им ги обезбедува двете основни права што ги определува Законот, а тоа се правото на здравствени услуги и правото на парични надоместоци врз основа на принципите на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефективно користење.²⁸

²⁸ Годишен извештај за 2013 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија, Скопје, мај 2014, стр.4

Матичен лекар	Број на лекари 2012	Број на лекари на 1000 осигуреници 2012	Број на лекари 2013	Број на лекари на 1000 осигуреници 2013
ПЗЗ - Општа медицина	1.692	0,97	1.500	0,84
ПЗЗ - Стоматологија	1.008	0,58	1.110	0,62
ПЗЗ – Гинеколог	145	0,17*	132	0,15*
Вкупно	2.845	1,71	2.742	1,54

Извор: ФЗОМ

Табела 3 - Вкупен број матични лекари и број на лекари на 1000 осигуреници

Во текот на 2012 година примарна здравствена заштита на осигурениците обезбедуваа вкупно 2.845 матични лекари.²⁹

Во текот на 2013 година примарна здравствена заштита на осигурениците обезбедуваа вкупно 2.742 матични лекари. Во споредба со претходната година, бројот на матични лекари е намален за 103 лекари, од кои општите матични лекари се намалени за 192 лекари, бројот на гинеколози е намален за 13, додека бројот на матични стоматолози е зголемен за 102.³⁰

	2012	2013
Општи лекари	80.805	95.847
Гинеколози	12.416	12.697
Стоматолози	617	844
Вкупно	93.838	109.388

Извор: ФЗОМ

Табела 4 - Број на боледувања

²⁹ Годишен извештај за 2012 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија, Скопје, мај 2013, стр.8

³⁰ Годишен извештај за 2013 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија, Скопје, мај 2014, стр.5

Од табелата 3 се забележува дека во 2013 година е зголемен бројот на издадени боледувања - во однос на 2012 година, што се должи на зголемениот број пријави за грип во 2013 година.

Подолу, во табелата, прикажан е бројот на тимови во превентивна здравствена заштита и итна медицинска помош, при што, гледано по години се бележи постојан тренд на зголемување на тимовите кај сите примарни пакети. Зголемениот број тимови во здравствените домови соодветствува со преземените активности и заложби за зајакнување на примарната здравствена заштита во системот, односно со новите вработувања во службите на овие здравствени установи.³¹

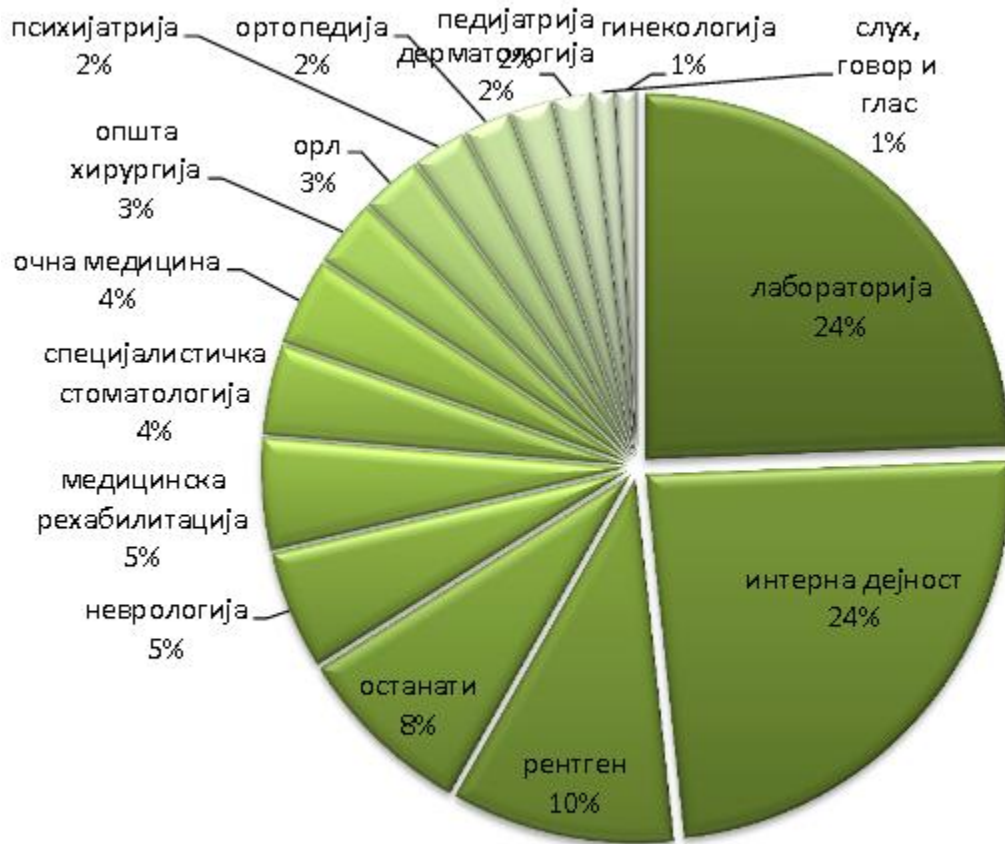
Примарни пакети	2012	2013
Итна медицинска помош	251	255
Домашно лекување и дежурна служба	68	71
Систематски прегледи, вакцинации и советувашиште	158	157
Превентивна стоматологија	146	147
Итна стоматологија	32	32
Патронажни сестри	355	357

Извор: ФЗОМ

Табела 5 - Тимови во превентивна здравствена заштита и итна медицинска помош со домашно лекување

Здравствените услуги што ги добиваат осигурениците на секундарно ниво и се однесуваат на откривање и на третирање болест во амбуланта од страна на лекари – специјалисти, ја сочинуваат специјалистичко -консултативната здравствена заштита.

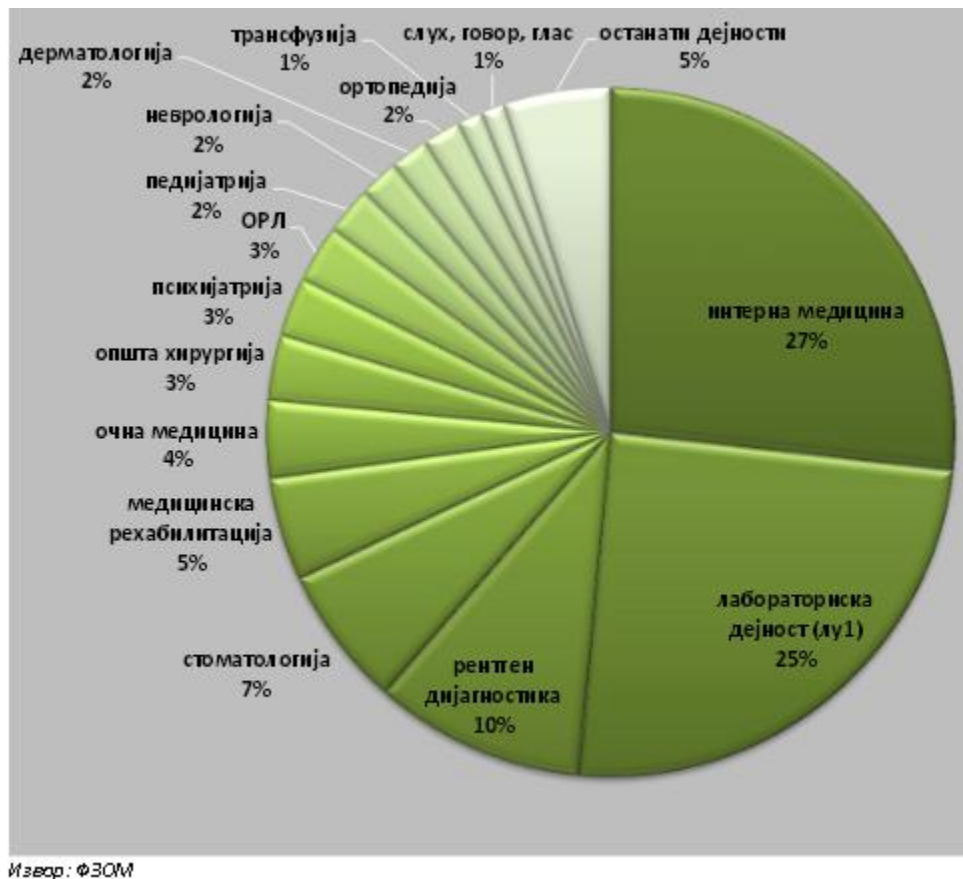
³¹ Годишен извештај за 2013 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија, Скопје, мај 2014, стр.9



Извор: ФЗОМ

Табела 6 - Структура на износот за специјалистичко - консултативна здравствена заштита за 2012 година

Од сите дејности во рамките на специјалистичко - консултативната здравствена заштита, во 2012 година најголем број пациенти имале потреба од лабораториски испитувања (24%) и од услуги од областа на интернистичката дејност (24%), проследени со услугите на рентген и неврологија. Додека во 2013 година (27%) од пациентите имале потреба од интерна медицина, а веднаш потоа (25%) потреба од лабораториска дејност.



Табела 7 - Структура на износот за специјалистичко - консултативна здравствена заштита за 2012 година

Утврдувањето висина на договорените надоместоци за ПЗУ, кои вршат специјалистичко - консултативна здравствена заштита на годишно ниво е согласно методологија дефинирана во рамките на Планот и програмата за здравствени услуги, која ФЗПМ ја утврдува во рамките на планираните средства за фискалната година, според Законот за здравствено осигурување на Македонија.³²

³² Годишен извештај за 2013 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија, Скопје, мај 2014, стр.11

Ред. бр.	Назив на ЈЗУ	Вкупно интервенции/ лица за 2012	Вкупно интервенции/ лица за 2013	Вкупен износ за 2012	Вкупен износ за 2013
1	УК за неврологија	2460/205	2508/209	89.702.748	121.467.132
2	УК за ревматологија	293/85	400/100	23.293.500	31.800.000
3	УК за хематологија	23	25	13.640.959	14.711.933
4	УК за детски болести	1620/220	1740/235	87.745.380	95.202.600
5	УК за урологија	26	35	22.096.422	25.985.666
6	УК за тораковаскуларна хирургија	281	172	33.050.613	17.587.696
7	УК за детска хирургија	8	7	5.663.350	4.977.898
8	УК за уво, нос и грло	5	4	5.535.000	4.428.000
9	УК за очни болести	596	1	16.229.400	27.060.000
10	ГОВ 8-ми Септември	840	1.470	24.910.836	43.600.191
11	УК за пластична и реконструктивна хирургија		10		369.000
ВКУПНО		6.152	7.361	321.868.208	387.190.116

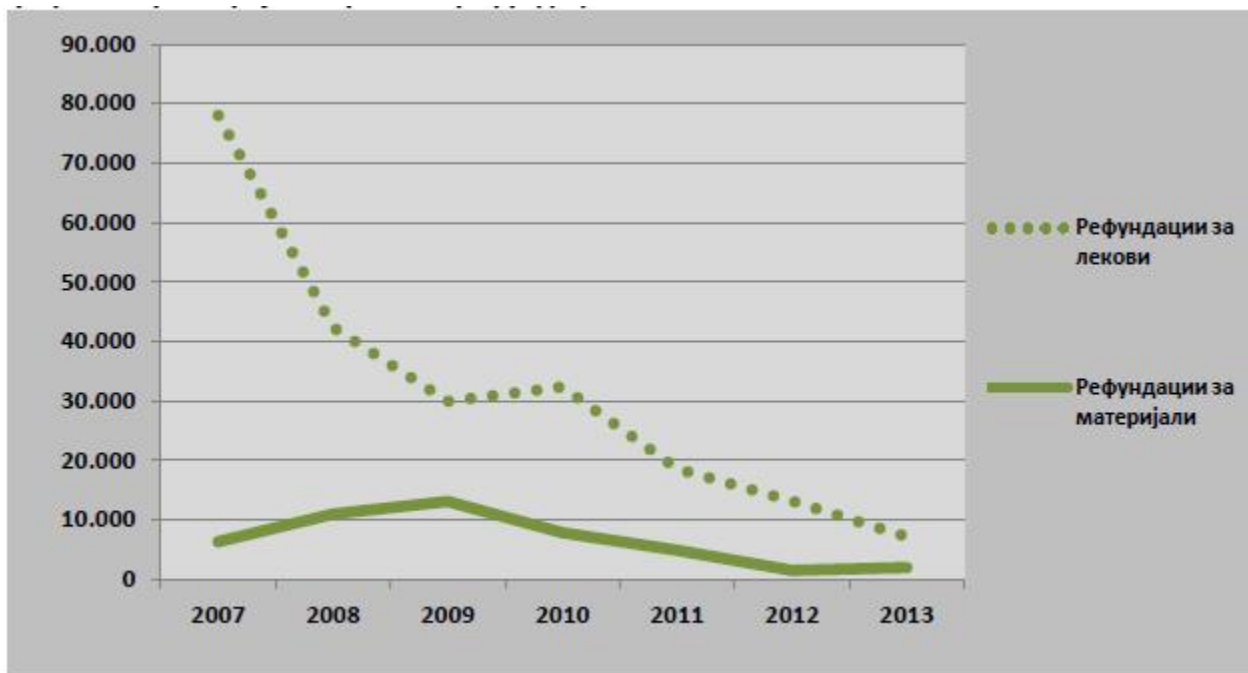
Извор: ФЗОМ

Табела 8 - Вкупен износ на условен буџет, споредба 2012 – 2013 година

Во 2013 година споредено со 2012 година, ФЗОМ го зголеми износот на условниот буџет од 321 на 387 милиони денари, притоа вклучувајќи и нова услуга во планот на клиниката за пластична и реконструктивна хирургија.³³

Осигуреното лице има право на рефундација на средства, согласно законската и подзаконската регулатива, доколку од здравствената установа не добило комплетна здравствена услуга и поради тоа обезбедило лекови и материјали на сопствен товар - надвор од установата.

³³ Годишен извештај за 2013 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија, Скопје, мај 2014, стр.16



Извор: ФЗОМ

Табела 9 - Број на барања за рефундации

Во текот на 2013 година, извршени се околу 7 илјади рефундации за набавени лекови и 2 илјади рефундации за набавени материјали. Притоа, бројот на поднесени барања за набавени лекови е значително намален во однос на 2012 година и тоа за околу 45% кај лековите, додека бројот на поднесени барања за набавени материјали е зголемен за 33%.

Од табелата се забележува дека износот во 2013 година е намален за 31%, во споредба со 2012 година.

Намалувањето е резултат на мерките што започнаа да се преземаат од 2010 година, со кои износот којшто е рефундиран на осигуреникот придонесува за намалување износот во установите и со тоа и на дополнителниот притисок којшто започна да го прави Министерството за здравство од 2011 година.

	2012	2013
Решенија за ослободување од партиципација	3.890	2.895
Барања за враќање на повеќе платена партиципација	2.874	1.639

Извор: ФЗОМ

Табела 10 - Број на решенија за ослободување од партиципација

Бројот на барања за враќање на повеќе платена партиципација во 2013 година е 1.639 решенија, намалено е за 1.235 решенија во однос на 2012 година или има пад за 43%.

Ваквиот пад на бројот на издадени решенија се должи на донесената програма од Министерството за здравство, која стапи на сила од 2013 година, а со која се ослободија од партиципација пензионерите со пензија пониска од просечната. Со оваа програма, овие осигуреници немаа веќе потреба да се обраќаат до ФЗОМ за издавање решение за ослободување по достигнување на лимитот, или да бараат враќање на повеќе платена партиципација.³⁴

Вид на надоместок	2012	2013
Боледувања	13.474	13.683
Породилни	7.600	7.923
Вкупно	21.074	21.606

Извор: ФЗОМ

Табела 11 - Број на надоместоци за боледувања и за породилни отсуства

Бројот на боледувања и бројот на породилни отсуства во 2012 и 2013 година го задржува истиот тренд, односно континуирано расте.

³⁴ Годишен извештај за 2013 година, Фонд за здравствено осигурување на Македонија, Скопје, мај 2014, стр.21

Регион	Повреда на работа и професионални заболувања	Боледувања	Нега на член	Вкупно	Број на осигуреници	Број на боледувања на 1000 вработени осигуреници
Вардарски	73	821	174	1.068	33.740	32
Источен	136	1.216	257	1.609	47.921	34
Југозападен	50	671	208	929	38.504	24
Југоисточен	46	839	72	957	36.263	26
Пелагониски	186	1.254	263	1.703	54.802	31
Полошки	28	435	124	587	35.068	17
Североисточен	33	488	55	576	26.851	21
Скопски	265	3.838	1.942	6.045	207.886	29
Вкупно	817	9.562	3.095	13.474	481.077	28

Табела 12 - Боледувања по региони, 2012 година

Најголем дел од надоместоците припаѓаат на осигурениците од Скопскиот регион, што е во корелација со најголемиот број активно вработени осигуреници.

Регион	Повреда на работа и професионални заболувања	Боледувања	Нега на член	Вкупно	Број на осигуреници	Број на боледувања на 1000 вработени осигуреници
Вардарски	64	512	166	742	35.052	21
Источен	112	1.355	334	1.801	48.382	37
Југозападен	39	721	214	974	37.968	26
Југоисточен	35	869	77	981	35.381	28
Пелагониски	106	1.307	274	1.687	55.224	31
Полошки	15	519	121	655	35.212	19
Североисточен	25	433	67	525	26.790	20
Скопски	264	3.856	2.198	6.318	202.140	31
Вкупно	660	9.572	3.451	13.683	476.149	29

Извор: ФЗОМ

Табела 13 – Боледувања по региони, 2013 година

Година	Исплатени средства за породилно
2007	591.869.015
2008	755.000.821
2009	960.505.145
2010	1.250.565.039
2011	1.433.382.640
2012	1.375.225.433
2013	1.703.178.772

Извор: ФЗОМ

Табела 14 - Исплатени средства за породилни отсуства

Од табелата може да забележиме дека, износот во 2013 година е повисок во однос на 2012 година за 24% или за околу 327 милиони денари. Ова се должи на две причини: едната е зголемената исплата во 2011 година - кога се направени значајни мерки за зголемување на ефикасноста на администрирањето на породилните отсуства и околу 60 милиони денари коишто на крајот од 2012 не беа реализирани, односно беа префрлени и платени во 2013 година.



Извор: ФЗОМ

Табела 15 - Број на реализирани рецепти и вкупно исплатен износ на лекови во ПЗЗ

Бројот на лекови што се издаваат на товар на ФЗОМ и расходите за лекови на ФЗПМ се во постојан пораст. Така, во 2013 година, на товарот на ФЗОМ се реализирани, вкупно 17.822.132 рецепти во аптеките, за кои ФЗОМ издвоил средства во висина од 2.123.979.166 денари.

1. Учество на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги

Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија има донесено одлука со која се утврдува висината на учество во вкупните трошоци на осигурените лица, со лични средства, при користењето здравствените услуги и лекови.

Висината на учеството на осигурените лица со лични средства во вкупните трошоци, при користењето здравствени услуги и лекови се утврдува според:

Вредноста на здравствените услуги – лековите - партиципацијата

1. За секој лек од листата на лекови, издадени на товар на Фондот (за 1 рецепт) и за секој ампуларен лек со шприцеви и игли (за целосна терапија на одредено заболување, по секој налог) во примарната здравствена заштита :

- за вредност до 25 денари -0;
- за вредност од 26 до 50 денари – 5;
- за вредност од 51 до 75 денари – 10;
- за вредност од 76 до 100 денари - 15;
- за вредност од 101 до 150 денари –20;
- за вредност од 151 до 200 денари – 25;
- за вредност од 201 до 300 денари – 40;
- за вредност од 301 до 400 денари- 50;
- за вредност од 401 до 500 денари – 70;
- за вредност од 501 до 700 денари – 90;
- за вредност од 701 до 1000 денари – 120;

- за вредност од 1001 до 1500 денари – 160;
- за вредност од 1501 до 2000 денари – 240;
- за вредност од 2001 до 2700 денари – 280;
- за вредност од 2701 до 3000 денари - 300;
- за вредност од 300 до 3500 денари – 340;
- за вредност од 350 до 4000 денари - 390 ;
- за вредност од 4001 до 4500 денари – 500;
- за вредност од 4501 до 5000 денари 550;
- за вредност над 5000 денари – 600.

2. Домашно лекување по посета – 100.

3. Превоз со санитарско возило според медицинска индикација, освен за итна медицинска помош:

- на подрачјето на здравствената установа - 50 ;
- надвор од подрачјето на здравствената установа до 50 км во еден правец – 200;
- надвор од подрачјето на здравствената установа над 50 км во еден правец – 500;
- надвор од Република Македонија - 20% од цената на потрошеното гориво;

4. Превоз со санитарско возило по барање на граѓанин - вкупна цена.

Член 3:

Висината на учеството за осигурените лица со лични средства во вкупните трошоци на здравствените услуги за лекување и за санирање на

болестите на устата и забите (без заботехнички, забнопротетички средства предвидени со правилникот за индикациите за остварување право за ортопедски и други помагала), се утврдува на: ³⁵

Вредност на здравствените услуги – лековите-партиципација:

- до 100 денари -0 ;
- од 101 до 150 денари- 20 ;
- од 151 до 200 денари – 30;
- од 201 до 250 денари – 40;
- од 25 до 300 денари – 50;
- од 301 до 400 денари – 60;
- од 401 до 500 денари - 80;
- од 501 до 600 денари – 100;
- од 601 до 700 денари – 120;
- од 70 до 800 денари – 140;
- од 801 до 900 денари – 160;
- од 901 до 1000 денари – 180;
- од 1.001 до 1500 денари – 200;
- од 1501 до 2000 денари – 300;
- од 2001 до 2500 денари – 360;

³⁵Одлука за утврдување висина на вкупните трошоци на осигурените лица, за здравствените услуги и за лековите „Службен весник на РМ“, број 48/2001, 52/2001,17/2005, 86/2007, 151/2007, 9/2009, 65/2010, 95/2011 Пречистен текст, 20/2012, 26/2012, 54/2012, 98/2013, 138/2014, Член 3.

- од 2501 до 3000 денари- 450;
- од 3001 до 3500 денари – 540;
- од 3501 до 4000 денари – 630;
- од 4001 до 4500 денари – 680;
- од 4500 до 5000 денари – 770;
- од 5001 до 5500 денари- 850;
- од 5501 до 6000 денари – 940;
- од 6001 до 6500 денари – 960;
- од 6501 до 7000 денари- 1040;
- од 7001 до 7500 денари – 1120;
- од 7501 до 8500 денари – 1200;
- од 8501 до 9500 денари – 1300;
- над 9500 денари - 1350.

Член 4:

Осигуреното лице учествува во вкупните трошоци на здравствените услуги во специјалистичко - консултативната и во болничката здравствена заштита, согласно цените утврдени со ценовникот и тоа: ³⁶

Вредност на здравствените услуги – лековите - партиципацијата :

³⁶ Одлука за утврдување висина на вкупните трошоци на осигурените лица за здравствените услуги и за лековите „Службен весник на РМ“, број 48/2001, 52/2001,17/2005, 86/2007, 151/2007, 9/2009, 65/2010, 95/2011 Пречистен текст, 20/2012, 26/2012, 54/2012, 98/2013, 138/2014, Член 4.

1. Преглед на магнетна резонанса по упат (од шифра 5360 до 5366 од ценовникот на здравствени услуги на РМ) – 2000 ден.

2. Здравствени услуги во геронтолошки заводи по болнички ден – 10 ден.

3. Рехабилитација, како продолжено болничко лекување во специјализирана установа - по болнички ден – 200 ден.

4. За останатите здравствени услуги во специјалистичко -консултативната и болничката здравствена заштита :

- до 100 денари-0 ;
- од 101 до 300 денари – 20;
- од 301 до 500 денари – 40;
- од 501 до 700 денари – 60;
- од 701 до 1000 денари – 80;
- од 1001 до 2000 денари- 150;
- од 1501 до 2000 денари – 300;
- од 2.001 до 3000 денари – 250;
- од 3001 до 4000 денари – 350;
- од 4001 до 5000 денари – 450;
- од 5001 до 6000 денари – 550;
- од 6001 до 8000 денари – 700;
- од 8001 до 10000 денари – 900;
- од 10001 до 15000 денари – 1250;

- од 15001 до 20000 денари- 1700;
- од 20001 до 25000 денари – 2200;
- од 25001 до 30000 денари – 2700;
- од 30001 до 35000 денари – 3200;
- од 35001 до 40000 денари – 3700;
- од 40001 до 45000 денари – 4200;
- од 45001 до 50000 денари – 4700;
- од 50001 до 55000 денари- 5200;
- од 55001 до 60000 денари -5700;
- над 60000 денари – 6000;

Член 5 :

По исклучок од член 2, член 3 и член 4 од оваа одлука, осигурените лица по овој член не плаќаат учество со лични средства во трошоците за лековите и за услугите дадени како итни постапки во моментот на отстранување непосредна опасност по живот.³⁷

2. Колку се заштитени правата за здравствени услуги на осигурениците?

Правата на корисниците на здравствена заштита (осигурените лица) се уредени со закон и имаат свој претставник во Управниот одбор на Фондот за здравствено

³⁷Одлука за утврдување висина на вкупните трошоци на осигурените лица за здравствените услуги и за лековите „Службен весник на РМ“, број 48/2001, 52/2001,17/2005, 86/2007, 151/2007, 9/2009, 65/2010, 95/2011 Пречистен текст, 20/2012, 26/2012, 54/2012, 98/2013, 138/2014, Член 5.

осигурување. Сепак, нивното влијание во здравствениот систем во Република Македонија е мало. Организацијата на потрошувачи на Македонија има согледување за одредени проблеми во врска со здравствените услуги коишто се најзагрижувачки за корисниците.

Проблеми во врска со правата на потрошувачите:

- Недостиг на лекови од позитивната листа на лекови, особено на лекови за хронични состојби и за време на болничко лекување.
- Плаќање услуги што се покриени со здравственото осигурување (лекови, лабораториски испитувања, специјалистички прегледи и болничко лекување).
- Незадоволителен квалитет на здравствените услуги коишто ги добиваат пациентите, несоодветен однос кон корисниците, недоволно информирање од страна на лекарите, неправеење неопходни медицински испитувања, а во делот на стоматолошките услуги - обезбедување материјали со послаб квалитет.
- Што се однесува до болничкото сместување, пациентите се жалат на несоодветна храна, на недостиг на диететска храна и на лоши хигиенски услови.

Очигледно е дека потрошувачите имаат изградено мислење за здравствената заштита којашто ја добиваат, но сè уште не постои систематски начин за мерење на задоволството на потрошувачите и за заштита на нивните права и интереси.

3. Анализа на состојбата во Р. Македонија при остварување право на здравствените услуги на осигурените лица

Со цел да има подобар пристап кон семејната примарна здравствена заштита, населението во Република Македонија, за да има флексибилен и одговорен болнички

систем потребно е да се направат некои измени и подобрувања за навремено решавање на здравствените проблеми на граѓаните.

Покрај тоа треба да се обезбеди одржлив механизам на финансирање и на распределба на ресурсите во здравствениот систем, систем кој ќе биде заснован на принципите на: еднаков пристап, економичност, солидарност и оптимален квалитет.

Јасно е дека Здравствениот сектор се соочува со сè повисоки трошоци и очекувања. Тоа е поради стареењето на населението, поради структурата на заболувањата и поради достапноста на нови лекови и технологии. Меѓутоа, приходите се приближно ниски и одговараат на нивото на економски развој, со приближно 5% од БДП - наменети за здравството. Во структурата на вкупните приходи во буџетот за здравствена заштита, само 1,4 % се од државниот буџет, со исклучок на трансферите од Владата за ФЗО.

Недостатокот на средства во ФЗО, пред се е резултат на нецелосната и недоволната наплата на придонесите за здравствено осигурување, не само од вработените граѓани, туку и од државниот буџет за невработените, за пензионерите, за корисниците на социјална заштита и други. Додека од една страна регистрираните невработени граѓани се опфатени со целосно здравствено осигурување, одредена група вработени не се во можност да користат здравствено осигурување затоа што работодавецот не го платил придонесот. Околу 150.000 граѓани на Република Македонија немаат воспоставено задолжително здравствено осигурување од разни причини. Од друга страна, голем број граѓани кои не се во формален работен однос се пријавуваат како невработени за да го остварат правото на здравствено осигурување.

Останата причина за расчекор помеѓу приходите и расходите е во тоа што специјалните вертикални програми предвидени со Законот за здравствена заштита не се финансираат во целост од државниот буџет. Ниското ниво приходи за здравствениот сектор се манифестира како недостаток на вложувањата во нова опрема и во одржување на објектите. Исто така, не се одделуваат средства за амортизација, ниту од страна на Владата и ФЗО, ниту од страна на здравствените установи.

Поради ниското ниво на приходи, несоодветната алокација на средствата, несоодветното управување со здравствените установи, недоволно дефинираниот основен пакет здравствени услуги наметнува потреба од повеќе видови на интервенции. За заостанатите долгови на Фондот и на здравствените установи, мора да се изнајде решение.

Управувањето и функционирањето на ФЗО се очекува да се подобри со зголеменото влијание на Министерствата за здравство и за финансии според членовите на Управниот одбор на ФЗО. Досега, ФЗО остварува недоволно ефикасни финансиски контроли и надзор за да може да дејствува како стратешки купувач на здравствени услуги - со капацитет за склучување договори кои би опфаќале и нови и покомплицирани методи за плаќање на давачите на услуги, како и надзор за почитување на договорите. Меѓутоа, реалното стратешко купување од страна на ФЗО е оневозможено и од неговата имплицитна обврска да ги гарантира платите на сите вработени во Јавниот здравствен сектор, како и да обезбедува услуги на пациенти за кои Владата плаќа придонеси во недоволен износ.

Сегашниот систем на плаќање болнички и амбулантски услуги сè уште е во голема мера заснован на одржување на постоечката инфраструктура (кадри, плати и материјални трошоци). Финансискиот менаџмент во здравствените установи е слаб, поради недоволна обука на раководителите во ова поле. Општо земено, постои недостаток на стимулации за контрола на трошоците и за пациентите и за лекарите. Конкуренцијата меѓу давачите на услуги од ПЗЗ започна поради воведувањето капитациско плаќање, а тоа важи и за конкуренцијата меѓу приватните аптеки. Меѓутоа, не постои конкуренција помеѓу специјалистичките амбулантски служби и помеѓу болниците.

8.1 Предлози за унапредување на здравствените услуги и за остварување право на нив

Предлозите за промени кои би можеле ефективно да влијаат врз унапредувањето на здравствените услуги, како и за остварувањето права на здравствени услуги за сите осигурени лица може да бидат следниве:

- да се подобри ефективната и ефикасноста на здравствениот систем со воведување професионален менаџмент во институциите, како и со структурни промени во давањето здравствени услуги, со акцент на ПЗЗ;
- да се модернизира системот за заштита на јавното здравје во согласност со стандардите на ЕУ, со акцент на мрежата на заводите за здравствена заштита и на службите за медицината на трудот;
- да се подобри планирањето и управувањето на човечките ресурси во здравствениот систем - согласно потребите;
- да се воспостави целосен систем за обезбедување контрола на квалитетот на здравствената заштита;
- да се подобри финансирањето на здравствениот систем со воспоставување одржлив механизам за финансирање и распределба на ресурсите, со обезбедување јасно дефиниран и единствен основен пакет здравствени услуги за сите граѓани коишто ги опфаќа задолжителното здравствено осигурување, подобрување на механизмите за финансиска контрола и подобрување на наплатата на придонесите за здравствено осигурување, склучување договори со здравствените установи и можност за повеќе облици на дополнително здравствено осигурување³⁸

³⁸Здравствена стратегија на Р. Македонија 2020 година, Скопје, февруари 2007г., стр.41.

8.2 Подобрување на можноста за остварување право на основниот пакет здравствени услуги

Основниот пакет здравствени услуги претставува кошница со сите здравствени услуги што им се обезбедуваат на осигурениците, за кои давачите на услуги ќе бидат целосно или делумно покриени од страна на ФЗОМ. Ова значи дека пациентот или не плаќа за овие услуги на местото на давање на услугата, или плаќа утврдена партиципација. Цената на чинење на основниот пакет здравствени услуги за осигурениците мора да се пресмета и да се вклопува во рамките на приходите на ФЗОМ. ФЗОМ нема да смее да склучува договори за услуги што не може да бидат покриени, а Владата нема да бара такво нешто од него. Ќе се користат повеќе методи за постигнување рамнотежа помеѓу приходите и расходите на ФЗОМ:

- редизајнирање на основниот пакет здравствени услуги со утврдување на здравствените приоритети;
- периодично ревидирање на содржината на основниот пакет здравствени услуги во зависност од расположливите финансиски средства;
- темелна проценка, (вклучувајќи и утврдување маргинална трошкова ефективност) на новите лекови и помагала пред да бидат вклучени во основниот пакет здравствени услуги;
- дефинирање приоритетни превентивни здравствени услуги за кои нема да се плаќа партиципација;
- договарање меѓу ФЗОМ и давачите на здравствени услуги за видот, обемот и за цената на чинење на куративните услуги, во рамките на основниот пакет здравствени услуги;
- воведување поголема партиципација за специфичните форми специјалистичко-консултативни услуги во амбулантно - поликлиничка и болничка здравствена заштита (одделувајќи одредени категории население), со што ќе се намалат неформалните плаќања од џеб, овозможувајќи му на давачот на услуги да ги задржи дополнителните приходи;

- периодично ревидирање на позитивната листа на есенцијални лекови и медицински помагала, вклучени во основниот пакет здравствени услуги;
- преземање одговорност од ФЗОМ - за исплата на средства за случаи на боледување и породилно отсуство од страна на соодветните институции;
- прилагодување на стапките на придонеси за здравствено осигурување - за различните категории осигуреници, доколку истото е можно и потребно.³⁹

³⁹Здравствена стратегија на Р. Македонија за 2020 година, Скопје, февруари 2007г., стр.56.

4. Обрасци за осигурени лица, потребни за остварување право на здравствени услуги и право на парични надоместоци (најчесто користени)

Образец 1 Барање за донесување решение по поднесено барање за остварување право од задолжително здравствено осигурување



Образец на барање - БД

До
Директорот на Фондот за здравствено
осигурување на Македонија
Ул. „Македонија“ 66
Скопје

БАРАЊЕ
за донесување на решение по поднесено барање за остварување
право од задолжително здравствено осигурување

На ден _____ 20____ година, до Фондот за здравствено осигурување на
Македонија, Подрачна служба _____ поднесов барање за
остварување _____ право _____ на

Бидејќи од страна на Фондот за здравствено осигурување на Македонија - Подрачна
служба _____ се уште не е донесено решението и покрај тоа што
измина законскиот рок за негово донесување, согласно одредбите на член 31-а од
Законот за здравственото осигурување поднесувам барање до директорот на
Фондот за здравствено осигурување на Македонија во пропишаниот законски рок за
уважување односно одбивање на барањето.

Кон барањето доставувам и копија од барањето доставено до Фондот за
здравствено осигурување на Македонија - Подрачна служба _____,
бр. _____ од _____ 20____ година.

Место и датум на поднесување, _____ Подносител на барањето,

Извор: ФЗОМ

Образец 2 Изјава за избор на лекар / изјава за промена на лекар

ИЛ-1

ИЗЈАВА ЗА ИЗБОР ПРОМЕНА НА ЛЕКАР

1 - Општа медицина
2 - Гинекологија
3 - Општа стоматологија

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА

(шифра на здравствената установа)

(шифра на работната единица)

(назив на здравствената установа)

ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ

(единствен матичен број на граѓанинот)

(број на здравствена легитимација)

(единствен здравствен број на осигуреникот)

презиме

име

улица

пошта

МЕСТО

ИЗЈАВУВАМ ДЕКА Е:

а) мој лекар б) лекар на моето дете

презиме на лекарот

име на лекарот

Шифра на лекарот

ИЗЈАВА ЗА ПРЕСТАНОК НА ИЗБОРОТ

причина за престанок

Барањето за престанок го дал:

а. лекарот б. осигуреникот / осигуреното лице

Дата на престанокот

Дата на избор

потпис на осигуреник / осигурено лице

Извор: ФЗОМ

Образец 3 Барање за надомест (рефундација на средства) за лекови



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање **P2**

БАРАЊЕ
за надомест (рефундација на средства) за лекови

Од осигуреникот _____ (за член на семејство
_____) од _____ населено
место _____ Ул. _____ бр.
_____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација	
ЕМБГ на осигуреникот (носител)	
(или) Единствен здравствен број на осигуреникот	
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство)	
(или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	

Барам Фондот за здравствено осигурување – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести средствата потрошени за купени лекови од Листата на лекови.

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

А. За лекови на рецепт во примарната здравствена заштита	Б. За лекови од болничката листа
1. Рецепт за пропишан лек од избран лекар;	1. Специјалистички извештај или отпусно писмо со назначена терапија, од здравствена установа со која ФЗОМ има склучен договор;
2. Потврда од здравствената установа со датум на аплицирање ако се работи за лек во ампуларна форма;	2. Конзилијарно мислење (препорака од клинички конзилиум), доколку е потребно согласно режимот на препишување на лекот утврден во Листата на лекови;
3. Три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки;	3. Потврда од здравствена установа, со која ФЗОМ има склучен договор, за апликација на лекот ако се работи за лек во ампуларна форма;
4. Фискална сметка (во оригинал) од аптеката која го издала лекот;	4. Фискална сметка (во оригинал) од аптеката која го издала лекот;
5. Копие од потписан картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот;	5. Копие од потписан картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот;

по исклучок во оние населени места каде има помалку од три различни аптеки, бројот на потврдите може да биде помал од три.

Место и датум на поднесување: _____ Подносител на барањето: _____

Извор: ФЗОМ

ИЗВОР: ФЗОМ

Образец 5 Барање за ослободување од партиципација



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање **П1**

БАРАЊЕ
за ослободување од партиципација

Од _____ осигуреникот
(за член на
семејство _____) од населено
место _____ Ул. _____ бр.
_____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација	- - - - -
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	- - - - -
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	- - - - -
Вработен во/осигурен преку _____	
Број на трансакциска сметка	- - - - -

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ме ослободи од натамошно учество во трошоците на здравствени услуги (односно да ми се врати повеќе платеното учество).

Кон барањето ја приложувам следната документација (да се заокружи):

1. Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и;
2. Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата;
3. Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и;
4. Доказ за вкупните месечни примања на осигуреникот-носител на здравствено осигурување и членовите на семејството (примања од плати, пензии, вршење на дејност и сл.);
5. Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)¹;
6. Лична карта за осигуреници над 65 години (копија);
7. Копие од потписан картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот.

¹ Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото паѓаат на товар на осигуреникот.

Место и датум на поднесување: _____ Подносител на барањето: _____

Извор: ФЗОМ

Образец 6 Барање за надоместок на плата поради болест / повреда / нега

	
ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА	
Образец на барање H1	
БАРАЊЕ за надоместок на плата поради болест/повреда/нега	
Од осигуреникот _____	од населено место _____
Ул. _____	бр. _____ телефон _____
Број на здравствена легитимација	_____ - _____ - _____
ЕМБГ на осигуреникот (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	_____
Вработен во	_____
Број на трансакциска сметка	_____
Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на користење надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради _____.	
Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):	
1. Извештај за привремена спреченост за работа- образец - ИСП од избран лекар;	
2. Наод оценка и мислење од лекарската комисија ¹⁾ ;	
3. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и состојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);	
4. Копие од потписан картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка.	
¹⁾ за осигурениците надвор од Скопје ФЗОМ по службена должност го обезбедува документот.	
Место и датум на поднесување: _____	Подносител на барањето: _____

Извор: ФЗОМ

Образец 7 Барање за надоместок на плата поради бременост и раѓање

 ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА	
Образец на барање H2	
БАРАЊЕ за надоместок на плата поради бременост и раѓање	
Од осигуреникот _____ (за сопруг _____) од населено место Ул. _____ бр. _____ телефон _____.	
Број на здравствена легитимација	
ЕМБГ на осигуреникот (носител)	
(или) Единствен здравствен број на осигуреникот	
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство)	
(или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	
<p>Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на користење надоместок на плата за време на одсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство (родителство).</p> <p>Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Извештај за привремена спреченост за работа- образец - ИСР од избран лекар;2. Извод од книгата на родените за детето (копие);¹3. Решение за адаптација - посвојување од Центар за социјални работи за посвоено дете (само за посвоено дете);²4. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и сотојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);5. Копие од потписан картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот. <p>^{1, 2} Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото паѓаат на товар на осигуреникот.</p> <p>Место и датум на поднесување: _____ Подносител на барањето: _____</p>	

Извор: ФЗОМ

5. Заклучоци

Од целосните согледувања, анализи и истражувања може да заклучиме дека постоењето на Фондот за здравствено осигурување е од големо значење за правилно спроведување на правата коишто ги имаат осигурените лица. Законот за здравствено осигурување се состои од точки во кои се уредуваат правата на осигурените лица во Република Македонија, меѓу кои главен акцент е ставен на правата на здравствените услуги и на правата на парични надоместоци.

Секое осигурено лице има свои права кои произлегуваат од задолжителното здравствено осигурување и истите треба да важат за сите граѓани подеднакво, бидејќи законот за здравствено осигурување се заснова на принципите на солидарност и еднаквост. Под права на здравствени услуги на осигурените лица во Р. Македонија подразбираме користење на правата од основниот пакет здравствени услуги, избор на матичен лекар од областа на општа медицина, забелекар, гинеколог, потоа користење на правото за користење лекови кои се наоѓаат на листата на лекови од ФЗО и сл.. Покрај тоа, секој граѓанин мора да го ужива правото и на парични надоместоци, што подразбира право на рефундација на средства заради боледување или пак породилно отсуство.

Од спроведената анкета (подолу илустрирана), дојдовме до некој генерален заклучок дека граѓаните на Република Македонија се делумно задоволни од правата коишто ги уживаат од Законот за здравствено осигурување и од неговите подзаконски акти, од Законот за здравствена заштита и подзаконските акти, како и од правата кои ги носи Законот за работни односи. Одговорите од прашањата се претставени со графикони, додека препораките за начинот на кој може да се подобри здравствениот систем и правниот систем на Р. Македонија - во поглед на здравството, претставени се како предлог точки.

Анкетен прашалник за пациенти / осигуреници:

Анкетниот прашалник е анонимен, изготвен е поради потребите за научно-истражувачки цели на тема: „ Дали пациентите / осигурениците во Фондот за здравство се задоволни од здравствените услуги? “

Најнапред Ви благодарам за Вашата соработка и Ве информирам дека заради одговорите кои реално ја отсликуваат состојбата во здравството, анкетниот прашалник ќе послужи за да се согледа реалната состојба во здравството, почитувањето на правата кои произлегуваат како основни права кои го следуваат секој граѓанин / осигуреник, како и правата за парични надоместоци и секако прашалникот ќе остане анонимен, што значи нема да има никакво влијание врз вашето идно остварување права на здравствени услуги.

Ве молам заокружете само еден од дадените одговори на секое прашање:

1. Дали сте запознаени со Вашите права на здравствени услуги, како осигурено лице во Република Македонија?

ДА

НЕ

НЕ ЗНАМ

2. Дали ги користите Вашите права на здравствени услуги?

ДА

НЕ

НЕ ЗНАМ

3. Задоволни ли сте од услугата што Ви ја нудат здравствените установи?

ДА

НЕ

НЕ ЗНАМ

4. Дали сметате дека сите осигуреници ги користат своите права подеднакво?

ДА

НЕ

НЕ ЗНАМ

5. Дали Вие лично сте имале некое искуство каде што здравствениот работник не Ви дозволил да го искористите своето право на здравствени услуги?

ДА

НЕ

НЕ ЗНАМ

6. Дали сте запознаени со правото на парични надоместоци коешто како осигурено лице може да го искористите?

ДА

НЕ

НЕ ЗНАМ

7. Дали сте го искористиле Вашето право на парични надоместоци?

ДА

НЕ

НЕ ЗНАМ

8. Дали наидовте на проблеми при остварување на Вашето право на парични надоместоци?

ДА

НЕ

НЕ ЗНАМ

9. Дали мислите дека сите осигуреници подеднакво го користат Правото на парични надоместоци?

ДА

НЕ

НЕ ЗНАМ

10. Кои се Вашите препораки за поголема почит на правата на здравствени услуги и правата на парични надоместоци, кои ги следуваат сите осигурени лица во Р. Македонија?

Резултати од истражувањето:

Резултатите од ова истражување се однесуваат на испитаници кои случајно се анкетирани анонимно и се реални. Прашалниците беа наменети за сите категории граѓани, што значи немаше никакви посебни поделби, бидејќи нивната цел беше да се увиде остварувањето на правата на здравствени услуги и парични надоместоци на сите граѓани, колку се запознаени граѓаните со нив, дали ги користат своите права и секако како се задоволни од здравствените услуги коишто ги примаат.

На прашањата се бараше да се одговори со еден од понудените одговори: да, не или не знам, а притоа немаше можност за двоен одговор.

Резултатите од анкетата, односно одговорите на прашањата се дадени со графички приказ поединечно за секое прашање.

Првото поставено прашање гласеше:

1. Дали сте запознаени со Вашите права на здравствени услуги како осигурено лице во Република Македонија?

На ова прашање позитивно одговорија 80% од испитаниците, што значи дека процентот граѓани коишто се запознаени со своите права на здравствени услуги е навистина голем. Негативно одговорија 10 % од анкетираните граѓани и исто така на зададениот одговор со „не знам“ одговорија 10 %.

Во анкетниот прашалник вметнавме и дополнително прашање со кое самите граѓани би дале свое мислење, за тоа, како да се подобри информираноста на граѓаните за своите права, но и самата услуга на здравствените работници.



Графикон 1

Резултати од прашањето: - Дали сте запознаени со Вашите права на здравствени услуги како осигурено лице во Република Македонија?

Второто прашање кое беше поставено гласеше:

2. Дали ги користите Вашите права на здравствени услуги?

На ова прашање позитивно одговорија 80% од испитаниците, додека останатите 20 % останаа на одговорот „не знам“, што значи, никој од анкетираниите граѓани не одговори со негативен одговор.



Графикон 2

Резултати од прашањето: - Дали ги користите Вашите права на здравствени услуги?

Третото прашање гласеше: - Задоволни ли сте од услугата што Ви ја нудат здравствените установи?



Графикон 3

Резултат до прашањето: - Задоволни ли сте од услугата што Ви ја нудат здравствените установи?

На тоа дадоа позитивен 78%, што значи дека граѓаните се делумно задоволни од понудените здравствени услуги, потоа со негативен одговор одговорија 10%, а нејасен одговор дадоа 12% од испитаниците.

Четвртото прашање го вметнавме во прашалникот, бидејќи сметаме дека постојат многу случаи во кои сите граѓани не ги користат своите права подеднакво, односно случаи кога пациентот не е доволно информиран за неговите права. Здравствениот работник прави дискриминација, - не ги информира пациентите со коешто не можат да ги искористат своите права, регулирани со закон.

Следното прашање гласи: - Дали сметате дека сите осигуреници ги користат своите права подеднакво?



Графикон 4

Резултат од прашањето: - Дали сметате дека сите осигуреници ги користат своите права подеднакво?

49% од анкетираните граѓани дадоа одговор „да“, негативно одговорија 38% од испитаниците, а со неодлучен одговор се изјаснија 13%.

Петтото прашање гласи: - Дали Вие лично сте имале некое искуство каде што здравствениот работник не Ви дозволил да го искористите своето право на здравствени услуги?



Графикон 5

Резултат од прашањето: - Дали Вие лично сте имале некое искуство каде што здравствениот работник не Ви дозволил да го искористите своето право на здравствени услуги?

Резултатите од ова прашање не се воопшто за пофалба со оглед на тоа дека е голем бројот на граѓани кои се пожалија дека поради здравствениот работник не успеале да го искористат своето право на здравствени услуги навреме, или воопшто не го искористиле, бидејќи биле погрешно насочени.

Процентите (%) се следните: позитивно се изјаснија 32 % од испитаниците, 24 % одговорија негативно, додека со „не знам“ одговорија 44 %.



Графикон 6

Резултат од прашањето: - Дали сте запознаени со правото на парични надоместоци коешто можете да го искористите како осигурено лице?

На ова прашање позитивен одговор дадоа 67% од анкетираниите, негативно одговорија 21%, додека останатите 12% се резервирани за анкетираниите кои не можеа да го поткрепат зададеното прашање со одреден одговор.

Следно, односно седмо прашање коешто беше дел од анкетниот прашалник е прашањето: - Дали сте го искористиле Вашето право на парични надоместоци?

При ова испитување им беа објаснети правата коишто ги следуваат граѓаните како осигурени лица, на кој начин можат да ги добијат и кои услови треба да ги исполнуваат за да ги добијат.



Графикон 7

Резултат од прашањето: - Дали сте го искористиле Вашето право на парични надоместоци?

Од целокупниот број испитани лица 38% ги имаат користено своите права на парични надоместоци, 45% не се ниту запознаени дека ги имале тие права, додека 17% од анкетираниите се изјаснија дека не знаат, или не се сеќаваат дека го имаат искористено ова право во блиското минато.

Дали наидовте на проблеми при остварувањето на Вашето право на парични надоместоци? - гласеше прашањето коешто им беше поставено на анкетираниите кои се изјаснија со позитивен одговор на претходното прашање.



Графикон 8

Резултат од прашањето: - Дали наидовте на проблеми при остварување на Вашето право на парични надоместоци?

Одговорите на ова прашање беа следните: 25% одговорија дека имале проблеми при остварувањето на своето право на парични надоместоци, при што, најчесто проблемот бил во работодавецот или во некоректната насоченост за правилно остварување на ова право од страна на одговорните лица. 46% се изјаснија негативно, што значи дека во постапката на остварувањето право на парични надоместоци немале никаков проблем, а останатите 29%, чијшто одговор беше „не знам“, рекоа дека не знаат, односно не се сеќаваат дека поминале низ некои пречки при остварувањето на ова право.

Деветото прашање се јави како потребно, откако при исполнување на анкетниот прашалник на претходните прашања, голем број испитаници додадоа дека овие права

не се исти за сите. Прашањето гласеше: - Дали мислите дека сите осигуреници подеднакво го користат правото на парични надоместоци?



Графикон 9

Резултат од прашањето: - Дали мислите дека сите осигуреници подеднакво го користат правото на парични надоместоци?

Како што споменавме погоре, голем број испитаници сметаат дека правото на парични надоместоци не се користи за сите подеднакво, односно дека некои луѓе на многу полесен начин ги остваруваат своите права, а други луѓе се испраќани од врата на врата и притоа, доколку не се запознаени со постапката, не успеваат да добијат паричен надоместок, иако, законски ги следува тоа право. Дури 59% од испитаниците го делат тоа мислење, дека правата не ги користат сите осигуреници подеднакво кога имаат потреба од нив, т.е. кога законски ги исполнуваат условите за нивно користење. 26% сметаат дека правата ги користат сите подеднакво, а процентот на анкетираниите коишто немаат определено мислење е 15%.

Последното прашање од анкетниот прашалник се наметна како потреба, бидејќи не интересираше мислењето на анкетираниите за тоа, што може да се направи за да се подобри ситуацијата во Р. Македонија, во поглед на исполнувањето, т.е. неисполнувањето на правата на здравствени услуги и на правата на парични надоместоци од страна на осигурениците во Р. Македонија. Прашањето беше формулирано како:

- Кои се Вашите препораки за поголема почит на правата на здравствени услуги и на правата на парични надоместоци кои ги следуваат сите осигурени лица во Р. Македонија?

Резултатот од ова прашање имаше поголем број мислења, препораки и сугестии кои генерално ги вклопивме во неколку одговори, а ќе ги презентираме подолу во текстот.

Препораки

Резултати од прашањето

- Да се воведи професионален менаџмент во институциите.
- Да се направат структурни промени во овозможувањето здравствени услуги, со акцент на ПЗЗ.
- Навистина а се почитува принципот на еднаквост, кој е неопходен да функционира во здравствениот систем.
- Да се подобри планирањето и управувањето со човечките ресурси во здравствениот систем, согласно потребите.
- Да се модернизира системот за заштита на јавното здравје, во согласност со стандардите на ЕУ.
- Јавно да се информираат граѓаните за правата коишто ги имаат сите осигуреници во Република Македонија според Законот за здравствена заштита.

- Вработените во соодветните институции да имаат покоректен однос со секој граѓанин, односно предрасудите да не бидат пречка за да не можат некои луѓе да си ги искористат своите права.

Листа од табели:

Табела 1: Надоместок на плата по тип / подтип на боледување – 61 стр..

Табела 2: Број на осигурени лица во 2012 и 2013 година – 65 стр..

Табела 3: Вкупен број матични лекари и број на лекари на 1000 осигуреници – 66 стр..

Табела 4: Број на боледувања – 66 стр..

Табела 5: Тимови во превентивната здравствена заштита и итната медицинска помош со домашно лекување – 67 стр..

Табела 6: Структура на износот во специјалистичко - консултативната здравствена заштита за 2012 година – 68 стр..

Табела 7: Структура на износот во специјалистичко - консултативната здравствена заштита за 2012 година – 69 стр..

Табела 8: Вкупен износ на условен буџет, споредба 2012 – 2013 година – 70 стр..

Табела 9: Број на решенија за ослободување од партиципација – 71 стр..

Табела 10: Број на решенија за ослободување од партиципација – 72 стр..

Табела 11: Број на надоместоци за боледувања и за породилни отсуства – 72 стр..

Табела 12: Боледувања по региони 2012 година – 73 стр..

Табела 13: Боледувања по региони 2013 година – 73 стр..

Табела 14: Исплатени средства за породилни отсуства – 74 стр..

Табела 15: Број на реализирани рецепти и вкупно исплатен износ на лекови во ПЗЗ – 74 стр..

Листа од графикони:

Графикон 1: Резултати од прашањето: - Дали сте запознаени со Вашите права на здравствени услуги како осигурено лице во Република Македонија? – 100 стр..

Графикон 2: Резултати од прашањето: - Дали ги користите Вашите права на здравствени услуги? – 101 стр..

Графикон 3: Резултати до прашањето: -Задоволни ли сте од услугата што Ви ја нудат здравствените установи? – 102 стр..

Графикон 4: Резултати од прашањето: - Дали мислите дека сите осигуреници ги користат своите права подеднакво?- 103 стр..

Графикон 5: Резултати од прашањето: -Дали Вие лично сте имале некое искуство каде што здравствениот работник не Ви дозволил да го искористите своето право на здравствени услуги? – 104 стр..

Графикон 6: Резултати од прашањето: - Дали сте запознаени со правото на парични надоместоци кое може да го искористите како осигурено лице?- 105 стр..

Графикон 7: Резултати од прашањето: - Дали сте го искористиле Вашето право на парични надоместоци? – 106 стр..

Графикон 8:Резултати од прашањето: - Дали наидовте на проблеми при остварувањето на Вашето право на парични надоместоци? – 107 стр..

Графикон 9: Резултати од прашањето: - Дали мислите дека сите осигуреници подеднакво го користат Правото на парични надоместоци? – 108 стр..

Листа од потребни документи:

Образец 1: Барање за донесување решение, поднесено барање за остварување право на задолжително здравствено осигурување – 88 стр..

Образец 2:Изјава за избор на лекар / изјава за промена на лекар – 89 стр..

Образец 3: Барање за надомест (рефундација на средства) за лекови – 90 стр..

Образец 4: Барање за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци – 91 стр..

Образец 5: Барање за ослободување од партиципација – 92 стр..

Образец 6: Барање за надоместок на плата поради болест / повреда / нега – 93 стр..

Образец 7: Барање за надоместок на плата поради бременост и раѓање – 94 стр..

Користена литература:

1. Беловски, В. (2009), авторизирани предавања по предметот „Административно право“, Применета програма;
2. Костовски Михајло, Петреска Дијана, „Прирачник за права од здравствено осигурување“, ноември 2011;
3. Дацев, Н. (2011), „Деловно право“, издание за теорија и практика на правото;
4. Стојчев, В. (2004), „Методологија на воени науки“, Скопје;
5. Мајхошев, А, Беловски, В (2012), „Трудово право“ (авторизирани предавања). Универзитет „Гоце Делчев“ Штип;
6. „Современи тенденции на јавното здравство“- Круме Николовски, Штип, 2011;
7. „Европска повелба за правата на пациентите“- презентирана во Брисел на 15 ноември, 2002 година;
8. Закон за здравствено осигурување (2000), „Службен весник на Република Македонија“, бр. 25 од 2000 година;
9. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2001), „Службен весник на Република Македонија“, бр.50 од 2001 година;
10. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2002), „Службен весник на Република Македонија“, бр.11 од 2002 година;
11. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2003), „Службен весник на Република Македонија“, бр.31 од 2003 година;
12. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2005), „Службен весник на Република Македонија“, бр.84 од 2005 година;
13. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2006), „Службен весник на Република Македонија“, бр.37 од 2006 година;
14. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2007), „Службен весник на Република Македонија“, бр.18 од 2007 година;
15. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2007), „Службен весник на Република Македонија“, бр.36 од 2007 година;
16. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2008), „Службен весник на Република Македонија“, бр.82 од 2008 година;
17. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2008), „Службен весник на Република Македонија“, бр.98 од 2008 година;
18. Закон за изменување и дополнување на Законот за здравствено осигурување (2009), „Службен весник на Република Македонија“, бр.6 од 2009 година;
19. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2009), „Службен весник на Република Македонија“, бр.67 од 2009 година;

20. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2010), „Службен весник на Република Македонија“, бр.50 од 2010 година;
21. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2010), „Службен весник на Република Македонија“, бр.156 од 2010 година;
22. Закон за здравствено осигурување пречистен текст (2011), „Службен весник“ на Република Македонија, бр.19 од 2011 година;
23. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2011), „Службен весник на Република Македонија“, бр. 53 од 2011 година;
24. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2012), „Службен весник на Република Македонија“, бр.26 од 2012 година;
25. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување (2012), „Службен весник на Република Македонија“, бр.65 од 2012 година;
26. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување, „Службен весник“ бр. 19/2011; бр. 53/2011;
27. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување, „Службен весник“ бр.26/2012;
28. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување, „Службен весник“ бр. 16/2013; бр. 187/2013;
29. Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, „Службен весник“ бр.65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 12;
30. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствено осигурување, „Службен весник“ бр. 43/2014; бр. 44/2014; бр. 112/2014; бр. 113/2014;
31. Указ за прогласување на законот за изменување и дополнување на Законот за здравствено осигурување, „Службен Весник на РМ“, бр. 44 од 05.03.2014 г.
32. Закон за биомедицинско потпомогнато оплодување (2008), „Службен весник на Република Македонија“, бр.37 од 2008 година;
33. Правилник за специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување, „Службен весник на РМ“, број 141/2014;
34. Закон за здравствената заштита (1991), „Службен весник на Република Македонија“, бр.38 од 1991 година;
35. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (1993), „Службен весник на Република Македонија“, бр.46 од 1993 година;
36. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (1995), „Службен весник на Република Македонија“, бр.55 од 1995 година;
37. Закон за изменување и дополнување на Законот за здравствена заштита (2004), „Службен весник на Република Македонија“, бр.10 од 2004 година;
38. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2005), „Службен весник на Република Македонија“, бр.84 од 2005 година;

39. Закон за измени и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2005), „Службен весник на Република Македонија“, бр.111 од 2005 година;
40. Закон за изменување на Законот за здравствена заштита (2006), „Службен весник на Република Македонија“, бр.65 од 2006 година;
41. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2007), „Службен весник на Република Македонија“, бр.5 од 2007 година;
42. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2008), „Службен весник на Република Македонија“, бр.77 од 2008 година;
43. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2009), „Службен весник на Република Македонија“, бр.67 од 2009 година;
44. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2010), „Службен весник на Република Македонија“, бр.88 од 2010 година;
45. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2011), „Службен весник на Република Македонија“, бр.44 од 2011 година;
46. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2011), „Службен весник на Република Македонија“, бр.53 од 2011 година;
47. Закон за здравствената заштита (2012), „Службен весник на Република Македонија“, бр.43 од 2012 година;
48. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита (2012), „Службен весник на Република Македонија“, бр.145 од 2012 година;
49. Закон за изменување и дополнувања на Законот за здравствена заштита, пречистен текст (2013), „Службен весник на Република Македонија“, бр.10 од 2013 година;
50. Закон за лекови и медицински помагала (2007), „Службен весник на Република Македонија“, бр.106 од 2007 година;
51. Закон за изменување и дополнување на Законот за лекови и медицински помагала, (2010), „Службен весник на Република Македонија“, бр.88 од 2011 година;
52. Закон за изменување и дополнување на Законот за лекови и медицински помагала (2011), „Службен весник на Република Македонија“, бр.36 од 2012 година;
53. Закон за изменување и дополнување на Законот за лекови и медицински помагала (2011), „Службен весник на Република Македонија“, бр.53 од 2012 година;
54. Закон за дополнување на Законот за лекови и медицински помагала (2011), „Службен весник на Република Македонија“, бр.136 од 2012 година;
55. Закон за изменување и дополнување на Законот за лекови и медицински помагала (2012), „Службен весник на Република Македонија“, бр.53 од 2012 година;

56. Закон за општата управна постапка (2005), „Службен весник на Република Македонија“, бр.38 од 2005 година;
57. Закон за изменување и дополнување на Законот за општа управна постапка (2008), „Службен весник на Република Македонија“, бр.38 од 2008 година;
58. Закон за работни односи (пречистен текст) „Службен весник на РМ“, бр . 34 од 17.02.2014 година
59. Правилник за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување – Пречистен текст (2007), „Службен весник на Република Македонија“, бр.115 од 2007 година;
60. Правилник за изменување на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2007), „Службен весник на Република Македонија“, бр.132 од 2007 година;
61. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2008), „Службен весник на Република Македонија,“ бр.59 од 2008 година;
62. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2008), „Службен весник на Република Македонија, бр.64 од 2008 година;
63. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2008), Службен весник на Република Македонија, бр.128 од 2008 година;
64. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2008), „Службен весник на Република Македонија“, бр.149 од 2008 година;
65. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (2008), „Службен весник на Република Македонија“ бр.164 од 2008 година;
66. Исправка на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2009), „Службен весник на Република Македонија“, бр.7 од 2009 година;
67. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2009), „Службен весник на Република Македонија“, бр.22 од 2009 година;

68. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2009), „Службен весник на Република Македонија“ бр.73 од 2009 година;
69. Исправка на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2009), „Службен весник на Република Македонија“, бр.74 од 2009 година;
70. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2009), „Службен весник на Република Македонија“, бр.116 од 2009 година;
71. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2009), „Службен весник на Република Македонија“, бр.139 од 2009 година;
72. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2009), „Службен весник на Република Македонија“, бр.140 од 2009 година;
73. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2010), Службен весник на Република Македонија, бр.9 од 2010 година;
74. Исправка на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2010), „Службен весник на Република Македонија“, бр.13 од 2010 година;
75. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2010), „Службен весник на Република Македонија“, бр.44 од 2010 година;
76. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2010), „Службен весник на Република Македонија“, бр.81 од 2010 година;
77. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2010), „Службен весник на Република Македонија“, бр.105 од 2010 година;

78. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2010), „Службен весник на Република Македонија“, бр.154 од 2010 година;
79. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2010), „Службен весник на Република Македонија“, бр.171 од 2010 година;
80. Правилник за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2011), „Службен весник на Република Македонија“, бр.105 од 2011 година;
81. Поправка на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2011), „Службен весник на Република Македонија“, бр.115 од 2011 година;
82. Поправка на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2011), „Службен весник на Република Македонија“, бр.144 од 2011 година;
83. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2011), „Службен весник на Република Македонија“, бр.181 од 2011 година;
84. Правилник за изменување на Правилникот за содржината и за начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2012), „Службен весник на Република Македонија“, бр.5 од 2012 година;
85. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и за начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2012), „Службен весник на Република Македонија“, бр.29 од 2012 година;
86. Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2012), „Службен весник на Република Македонија“ бр.54 од 2012 година;
87. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2012), „Службен весник на Република Македонија“, бр.138 од 2012 година;
88. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и за начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2012), „Службен весник на Република Македонија“, бр.164 од 2012 година;

89. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и за начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2013), „Службен весник на Република Македонија“, бр.57 од 2013 година;
90. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и за начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2013), „Службен весник на Република Македонија“, бр.64 од 2013 година;
91. Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и за начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување (2013), „Службен весник на Република Македонија“, бр.88 од 2013 година;
92. Правилник за изменување и дополнување на содржината и за начинот на остварување права и обврски од задолжителното здравствено осигурување, „Службен весник на Република Македонија“ 119/13, 145/13,172/13, и 34/14,120/14, 138/14, 141/14;
93. Правилник за индикациите за остварувањето право на ортопедски и други помагала, „Службен весник“ бр. 33/2011,
94. Одлука на Уставен суд, Убр.109 и 185 (2010), „Службен весник на Република Македонија“, бр. 14 од 2010 година;
95. Фонд за здравствено осигурување на Р. Македонија (2012).Преземено на 25 јули 2014г. од <http://www.fzo.org.mk>;
96. Годишен извештај за работењето на Фондот за здравствено осигурување на Р. Македонија од 2011 година; Преземено на 25 јули 2014г. од <http://www.fzo.org.mk>;
97. Годишен извештај за работењето на Фондот за здравствено осигурување на Р. Македонија од 2012 година; Преземено на 25 јули 2014г. од <http://www.fzo.org.mk>;
98. Годишен извештај за работењето на Фондот за здравствено осигурување на Р. Македонија од 2013 година; Преземено на 15 август 2014г. од <http://www.fzo.org.mk>;
99. Одлука за утврдување на висината на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите „Службен весник на РМ“ бр. 48/2001; бр.52/2001;
100. Одлука за утврдување на висината на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите „Службен весник на РМ“ бр.17/2005;
101. Одлука за утврдување на висината на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите „Службен весник на РМ,, бр. 86/2007; бр.151/2007;
102. Одлука за утврдување на висината на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите „Службен весник на РМ“ бр. 9/2009;

103. Одлука за утврдување на висината на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите, „Службен весник“ на РМ“ бр. 65/2010;
104. Одлука за утврдување на висината на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите „Службен весник на РМ“ бр. 95/2011, Пречистен текст;
105. Одлука за утврдување на висината на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите „Службен весник на РМ“ бр. 20/2012; бр. 26/2012; 54/2012;
106. Одлука за утврдување на висината на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите „Службен весник на РМ“ бр. 98/2013;
107. Одлука за утврдување на висината на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите „Службен весник на РМ“ бр.138/2014г;
108. Инфо билтен ФЗОМ 36/2013, ноември
109. Фармацевтски информатор; Професионално списание, број 21- март 2010г..
110. Фармацевтски информатор; Професионално списание, број 35- октомври 2013г..

Данче Стефановска

**Право на здравствени услуги и право на парични надоместоци на осигурените
лица во Р.Македонија**

Универзитет „Гоце Делчев“- Штип